

ph. mazet / d. houzel

psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

SEPTIEME TIRAGE

volume 2

**Troubles de la personnalité
Troubles psychosomatiques
et troubles psychiques liés à une atteinte somatique
Troubles liés à l'âge
La thérapeutique
Problèmes généraux et administratifs**



maloine s. a. éditeur

Chez le même éditeur :

Psychiatrie intégrée de l'étudiant

par M. HANUS (en 2 fascicules)

Précis pratique de psychiatrie

par R. DUGAY, H.F. ELLENBERGER et collab.

Philippe MAZET

*Maître de conférences agrégé
à l'Université Paris VI*

et

Didier HOUZEL

*Maître de conférences agrégé
à l'Université de Bretagne occidentale*

psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Volume 2

TROUBLES DE LA PERSONNALITE

TROUBLES PSYCHOSOMATIQUES

ET TROUBLES PSYCHIQUES LIES A UNE ATTEINTE SOMATIQUE

TROUBLES LIES A L'AGE

LA THERAPEUTIQUE

PROBLEMES GENERAUX ET ADMINISTRATIFS

8 tableaux

10 observations cliniques

7^e tirage



MALOINE S.A. EDITEUR

27, rue de l'Ecole-de-Médecine 75006 Paris

© Maloine S.A. Editeur 1978

« La loi du 11 mars 1957 n'autorisant, aux termes des alinéas 2 et 3 de l'article 41, d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustrations, toute représentation ou reproduction intégrale, ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause, est illicite » (alinéa premier de l'article 40).

« Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code Pénal ».

ISBN. 2.224-00467-2

INTRODUCTION

Après l'abord, dans le premier volume, des grandes données concernant le développement psychologique, des principales modalités de l'examen de l'enfant et l'étude clinique des différentes expressions symptomatiques dans l'enfance, la plus grande partie de ce deuxième volume porte sur les troubles de l'organisation de la personnalité et les grandes formes d'organisation pathologique rencontrées à cet âge. Le terme de « personnalité » est d'un usage courant et c'est en référence à cet usage que nous l'employons. Il faut toutefois préciser ce qui d'ordinaire est implicite lorsque l'on parle de personnalité. On peut avec D. Widlocher (1) repérer deux significations latentes dans *la notion de personnalité* : celle de différence et celle de permanence. La personnalité d'un individu, c'est ce qui permet de le distinguer psychologiquement d'un autre, mais c'est aussi ce qui en lui est permanent. La notion de personnalité, c'est, dit D. Widlocher « l'idée d'un système assurant la permanence des différences ». On fait donc référence à un système de régulation qui permet, à travers les vicissitudes de l'existence et les étapes du développement, de maintenir certains invariants qui pour le sens commun définissent précisément la personnalité : modes de réaction, traits de caractère, habitudes de penser, systèmes de valeur, etc.

A ce point de vue, purement descriptif du sens commun, il faut ajouter en psychopathologie un point de vue dynamique où l'on suppose des forces en présence, des équilibres actifs.

La notion de personnalité comme système de régulation s'applique mieux à l'adulte qu'à l'enfant. Pourtant, on peut parler de la personnalité d'un enfant dans la mesure où à chaque étape du développement s'opèrent des régulations qui maintiennent une certaine permanence dans les conduites de l'enfant. Cela n'est pas contradictoire avec les changements qui s'opèrent dans le développement de la personnalité.

Dans cette optique, une personnalité pathologique apparaît comme un système de régulation qui manque plus ou moins son but du fait de sa rigidité, de la défaillance des mécanismes d'adaptation ou du prix que l'individu doit payer, sous forme de souffrances psychiques, aux exigences de l'adaptation. Cela pose le problème du normal et du pathologique et le problème des variations normales du développement. Nous avons consacré un chapitre à chacun de ces problèmes.

La psychopathologie de la personnalité amène à envisager la notion de structure psychopathologique. Nous nous sommes expliqués dans l'introduction du volume I sur le terme de « structure ». Nous y revenons seulement pour éclaircir un point particulier à l'enfant. En effet, il est le plus souvent erroné de considérer des structures psychopathologiques de l'enfant comme des systèmes fixés définitivement, indépendants des conditions extérieures et de la maturation. L'enfant est trop dépendant de son entourage, les forces de développement sont en lui trop puissantes pour qu'on puisse le plus souvent reconnaître chez lui des formes achevées de structures psychopathologiques. Certes, il y a des structures psychopathologiques très précocement fixées, certaines psychoses infantiles par exemple, mais cela est l'exception par rapport à la quantité de troubles variables, labiles, plus ou moins dépendants du contexte, longtemps modifiables, parfois totalement réversibles.

(1) In *Traité de Psychologie de l'Enfant*, H. GRATIOT-ALPHANDERS et R. ZAZZO, Tome V, P.U.F., Paris, 1973.

Si la personnalité de l'enfant, même engagée dans des conflits pathologiques, reste longtemps malléable, souvent il n'en est pas de même des interactions entre l'enfant et son entourage familial. On constate fréquemment des cercles vicieux solidement établis dans lesquels les troubles de l'enfant provoquent des réponses stéréotypées des parents qui entretiennent les troubles de l'enfant. A l'inverse, les perturbations des parents induisent chez l'enfant des troubles qui entretiennent et renforcent ceux des parents. On peut dire que si les organisations psychopathologiques sont longtemps labiles chez l'enfant, les structurations psychopathologiques du groupe familial sont souvent remarquablement fixées. C'est une des tâches essentielles du psychiatre d'enfants de faciliter une modification dans un sens favorable des réactions du groupe familial. Nous avons abordé ces problèmes à propos de chacune des grandes formes d'organisation psychopathologique et dans le chapitre consacré à l'aide aux parents.

Le concept de structure psychopathologique est extrêmement utile à condition de lui conserver sa spécificité. Il faut se garder d'étendre le terme de structure à n'importe quelle entité psychopathologique, notamment lorsqu'on est tout à fait incapable d'analyser les troubles en termes de fonctionnement, de conflits psychiques et d'organisation intra-psychique, de liens éventuels par exemple entre des fantasmes inconscients et les expressions concrètes. Nous avons pensé que bien des troubles psychosomatiques étaient d'une nature trop incertaine pour entrer dans cette catégorie, nous les traitons dans un chapitre séparé. Les troubles psychopathologiques liés à une atteinte somatique font l'objet d'un autre chapitre.

Nous avons regroupé dans un chapitre certains aspects psychopathologiques liés à l'âge de l'enfant en donnant notamment une large place aux problèmes psychopathologiques de l'adolescence et dans un autre chapitre les principaux problèmes psychosociaux.

Nous abordons ensuite l'étude des méthodes thérapeutiques, curatives et préventives.

Enfin, nous terminons par un chapitre sur l'organisation de l'hygiène mentale infantile telle qu'elle existe actuellement en France et sur certains problèmes administratifs.

LES TROUBLES DE L'ORGANISATION DE LA PERSONNALITE

LE PROBLEME DU NORMAL ET DU PATHOLOGIQUE

I - POSITION GENERALE DU PROBLEME

Souvent, on pose la question au psychiatre : cet individu est-il normal ou non ? C'est le cas dans les expertises judiciaires, dans les visites d'incorporation de l'armée. C'est souvent le cas en psychiatrie de l'enfant : notre enfant est-il ou non normal, demandent les parents ? Le psychiatre va-t-il être celui qui définit la norme ? Mais au nom de qui ou de quoi ?

Même dans les cas où le patient reconnaît la nature morbide de ses troubles, le problème du normal et du pathologique est au cœur de la démarche psychiatrique. Souvent le malade vient demander au psychiatre de le conseiller pour mieux conduire sa vie ; il lui demande ce qu'il faut faire pour être « normal ». S'il admet que là n'est pas l'aide que le psychiatre peut lui apporter, que la démarche thérapeutique ne consiste pas à conseiller mais si possible à élucider le sens inconscient des symptômes, il aura encore tendance à penser qu'il n'y a qu'une partie de lui-même qui doit se prêter à cette élucidation, celle qu'il considère comme pathologique, alors qu'une autre partie il la gardera pour lui, refusera de la communiquer, bien qu'en fait à son insu elle soit porteuse d'une part essentielle des significations inconscientes des symptômes.

Voilà autant de pièges que le psychiatre doit déjouer s'il veut maintenir sa position thérapeutique, la seule qu'il soit habilité à revendiquer. A chaque fois la question est au fond : qu'entend-on par « normal », qu'entend-on par « pathologique » ?

II - LES DIVERSES SIGNIFICATIONS DE « NORMAL »

Lorsqu'on parle de normal, que veut-on dire ? Il y a une ambiguïté dans ce concept qui renvoie à trois définitions possibles :

a) **Une définition statistique** : sera considéré comme « normal » tout individu suffisamment proche de la moyenne d'une population qui se distribue pour le caractère étudié selon une courbe de Gauss. On se réfère à une norme de faits, la moyenne définie par l'étude statistique. Mais il est évident que cette définition du « normal » n'est pas satisfaisante dans bien des cas. Par exemple les sujets les plus doués, qui s'écartent de la moyenne, devraient être considérés comme anormaux.

b) **Une définition normative** : est « normal » celui qui répond à certains critères imposés de l'extérieur. On se réfère à une norme de droit, mais on ne fait que reculer le problème. Comment définira-t-on la norme ? Qui sera autorisé à édicter cette norme ? Est-ce qu'un enfant qui ne répond pas aux normes familiales ou scolaires doit être considéré systématiquement comme anormal ? Est-ce qu'un individu qui n'est pas strictement conforme aux normes de son milieu doit être considéré comme anormal ?

Il y a inévitablement un rapport de force entre celui qui édicte une norme et celui qui la subit. Qui peut dire si la conformité à la norme est préférable à la non-conformité ? Est-ce le groupe qui se-

crète une norme qui est pathologique ou l'individu qui ne s'y adapte pas ? On connaît aujourd'hui une pathologie qui s'exprime à travers une trop grande conformité au milieu : « Personnalité comme si » décrite par H. Deutsch - « Faux self » décrit par D.W. Winnicott - « Pensée opératoire » décrite par les psychosomaticiens de l'Ecole Parisienne. Dans tous les cas, il y a un défaut de la fonction symbolique, un manque dans la vie fantasmatique et un système de défense utilisant l'adéquation trop parfaite aux exigences de l'extérieur au détriment de la vie psychique intérieure. On sait aussi que les enfants trop sages, trop adaptés, trop conformes sont souvent menacés par une évolution mentale pathologique dans la mesure où leur conformité trahit un manque d'élaboration personnelle ou une trop forte culpabilité.

c) **Une définition axiologique** pour reprendre une expression de C. David :

La norme est ici un idéal voire une utopie jamais atteinte dans la réalité, mais qui joue le rôle d'une force d'attraction vers une réalisation toujours meilleure.

Cette définition a l'avantage d'être dynamique par rapport aux définitions précédentes. Ce n'est plus une fois pour toutes que l'individu est normal, mais c'est sa capacité à évoluer, à créer qui est le critère de sa normalité.

La difficulté est de définir quel est cet idéal vers lequel il faut tendre. S'il s'agit d'un idéal de groupe, on retombe dans la définition précédente. S'il s'agit d'un idéal personnel, ce qu'on appelle l'Idéal du Moi, il s'agit d'une instance psychique qui peut devenir tyrannique pour les autres instances et être à l'origine de souffrances. On est donc amené à considérer comme « normal » le fonctionnement psychique le meilleur possible en rejetant toute norme extérieure à son fonctionnement lui-même. Bien entendu, on a alors reculé le problème et on est confronté à la question : Comment définir un bon fonctionnement psychique ?

III - QUELQUES SOLUTIONS PROPOSEES

Nous examinerons ici les solutions proposées par quelques auteurs qui ont cherché à définir ce qu'était un bon fonctionnement.

Le philosophe G. Canguilhem a consacré d'importants travaux au problème du normal et du pathologique. Il critique la position de la plupart des auteurs du XIX^e siècle (Broussais, A. Comte, Cl. Bernard) qui définissaient le pathologique comme une simple variation quantitative de la normalité sans différence qualitative. Le pathologique ne ferait, pour ces auteurs, qu'accentuer, que grossir les tendances existant déjà dans le normal. Il y a dans cette thèse, dit Canguilhem, une confusion de deux points de vue : « celui du malade qui éprouve sa maladie et que sa maladie éprouve ; celui du savant qui ne trouve rien dans la maladie dont la physiologie ne puisse rendre compte ».

Sans doute, ce point de vue a-t-il été nécessaire comme réaction contre le manichéisme des siècles précédents « La Santé et la Maladie se disputaient l'Homme comme le Bien et le Mal le Monde ». Il a marqué aussi une réaction salutaire contre les conceptions ontologiques de la maladie, c'est-à-dire la recherche d'une cause première de nature métaphysique. Mais ce faisant, il passe à côté d'une caractéristique fondamentale de la vie qui est d'être polarisée, créatrice de normes : « Il n'y a pas d'indifférence biologique. Dès lors, on peut parler de normativité biologique ».

La médecine ne fait que prolonger cette activité polarisée de la vie. Ce n'est pas elle qui impose une norme, c'est la vie elle-même qui ne peut s'en passer, qui en crée. En voulant s'écarter d'un point de vue métaphysique, les penseurs du XIX^e siècle ont tenu à réduire le biologique au physique et ainsi à méconnaître ce qui a valeur de vie ou valeur pour la vie. En définitive, il n'y a pas de normalité ou de pathologie objective. On ne parle pas de pathologique en physique ou en chimie. Le « normal » et le « pathologique » sont une question de valeur et non de fait, « la maladie est un comportement de valeur négative pour un vivant individuel concret en relation d'activités polarisées avec son milieu ».

La solution proposée par Canguilhem est donc de définir normal et pathologique non en référence à un état donné de l'individu, mais à sa capacité de créer de nouvelles normes en fonction des nécessités de l'adaptation. Le « pathologique » est défini non par un écart par rapport à une norme, mais comme une suppression ou une réduction d'une activité normative.

Canguilhem s'est peu intéressé à la psychopathologie. Néanmoins, son point de vue dynamique s'applique très bien à ce domaine et on peut comparer ce qu'il dit de l'impossibilité chez le malade de créer de nouvelles normes à la notion de « compulsion de répétition », définie par S. Freud, qui est une des caractéristiques de toutes les maladies mentales. Quels que soient les besoins adaptatifs intérieurs et extérieurs, la compulsion de répétition tend à induire les mêmes comportements, les mêmes réactions, les mêmes sentiments, fantasmes ou pensées, au mépris de ses besoins adaptatifs.

S. Freud est un homme du XIX^e siècle et il est influencé par la pensée de son temps qui a fait l'objet de la critique de Canguilhem. Il tend en effet à réduire l'opposition entre normal et pathologique à une simple différence quantitative : tout individu a connu un conflit névrotique dans l'enfance et l'a résolu en utilisant les mêmes mécanismes de défense qu'on observe dans les névroses. Certains faits de la vie psychique de tout le monde : lapsus, actes manqués, rêves ont la même signification que les symptômes névrotiques. Ce qui oppose l'homme malade à celui réputé bien portant est plus une différence de degré que de nature, différence dans l'intensité des pulsions, dans la force des conflits, dans l'importance des contre-investissements.

Le grand mérite de Freud a été de réduire l'écart entre le normal et le pathologique du point de vue du sens et de la communication. Désormais, la maladie mentale n'est plus dépourvue de sens, il n'y a plus une barrière insurmontable entre le langage des symptômes et celui des mots. La psychanalyse permet de transcrire le premier dans le second. Le psychiatre ne doit plus exclure de son monde le malade mental, le regarder comme un objet de curiosité totalement étranger à son mode de communication, mais comme un être humain souffrant, appelant à l'aide et qu'il faut essayer de comprendre.

Freud a abordé directement le problème du normal et du pathologique dans un article de 1931 intitulé « Des types libidinaux ». Il distingue trois organisations libidinales : érotiques, obsessionnelles et narcissiques qui peuvent se combiner deux à deux : érotico-narcissiques, érotico-obsessionnelles, narcissico-obsessionnelles. Chacun des types simples ou combinés correspond à une forme d'investissement de la libido et d'organisation des conflits internes. Freud suppose que les types simples prédisposent aux formes pathologiques correspondantes : le type érotique à l'hystérie, le type obsessionnel à la névrose obsessionnelle, le type narcissique aux psychoses. Quant au type « érotico-obsessionno-narcissique » il « signifierait la norme absolue, l'harmonie idéale », autrement dit la forme normale par excellence dans laquelle les trois types d'investissement de la libido sont le mieux équilibrés.

Freud s'est également posé le problème de la normalité à propos des résultats des cures psychanalytiques. Il assigne comme but à la cure de donner ou de redonner au patient la capacité d'aimer et de travailler. Dans « analyse terminée et analyse interminable » (1939), il s'interroge sur les facteurs qui troublent la santé mentale et qui résistent à la cure. Il met l'accent sur le rôle pathologique de l'intensité excessive des pulsions non maîtrisables par le moi et il adopte à ce sujet un point de vue résolument quantitatif.

E. Jones propose trois critères pour définir la normalité : la qualité de la relation à autrui, l'efficacité du fonctionnement de l'esprit, le bonheur.

La qualité de la relation à autrui est pour lui marquée par une liberté intérieure, une capacité à dépasser l'ambivalence, l'absence de formations réactionnelles qui cachent des sentiments opposés.

L'efficacité du fonctionnement de l'esprit est d'autant meilleure que l'énergie psychique est disponible, qu'elle peut s'écouler librement : « Tous les états dans lesquels ce courant se trouve dans une certaine mesure constamment gêné ou menacé d'être temporairement interrompu, sont des états où l'efficacité est temporairement ou de façon permanente en dessous de son maximum potentiel ». Le bonheur, il le définit comme la combinaison de la capacité à éprouver du plaisir et du contentement

de soi. L'empêchement au bonheur est toujours provoqué par la présence de trois facteurs : angoisse, haine et culpabilité ; facteurs entre lesquels il y a des relations très complexes. Jones considère l'angoisse comme le plus fondamental.

Beaucoup d'autres psychanalystes se sont intéressés au problème du normal et du pathologique. Citons en particulier M. Bouvet qui distingue la « relation d'objet prégénital » et la « relation d'objet génital » que l'on peut mettre en parallèle avec l'opposition pathologique/normal. « Schématiquement, écrit-il, la relation d'objet prégénital peut être ainsi décrite : la dépendance du sujet à l'égard de l'objet est étroite — le besoin de possession de l'objet significatif est tyrannique — la possession de l'objet conditionne la stabilité de l'organisation psychique du sujet. La relation qui lie le sujet à l'objet est purement captative, le sujet tendant à disposer de celui-ci en fonction de ses propres besoins, sans égards pour ceux de l'objet ». Dans la relation d'objet génital, au contraire « le moi a atteint un degré de stabilité et de maturité qui le rend indépendant de l'objet dont la perte ne risque pas de compromettre son équilibre. Nous sommes en présence d'un style de relation évoluée où les modes archaïques d'appréhension de la réalité de l'objet, la pensée affective, la croyance magique, les déformations projectives ne jouent plus un rôle essentiel. Les affects et les émois sont nuancés dans leurs expressions, justifiés, mesurés, adaptés dans leurs manifestations ».

On a reproché à Freud d'avoir remplacé l'opposition normale/pathologique par l'opposition névrosé/psychotique. C'est ce que fait par exemple J. Bergeret qui distingue des structures profondes, névrotiques ou même psychotiques qui, pour lui, définissent des états « normaux » tant qu'elles sont compensées, c'est-à-dire qu'elles permettent un « état d'adaptation fonctionnelle heureux » et des états non structurés, « états limites » qui bien souvent se présentent sous la forme d'une « pseudo-normalité » et auxquels il refuse le qualificatif de normal dans la mesure où ils semblent correspondre à une dépense énergétique beaucoup trop importante et beaucoup trop coûteuse. Ces états limites exigent une adaptation à un idéal du moi trop exigeant ou à une norme de groupe pour lutter contre la dépression. La normalité, dit-il, serait « s'arranger au mieux avec les conflits des autres, comme avec les conflits personnels, sans aliéner pour autant son potentiel créateur ni ses besoins intimes ».

A. Green propose une définition de la normalité strictement fondée sur des critères métapsychologiques. Il appelle « processus tertiaires » les processus qui mettent en relation les processus primaires du système inconscient et les processus secondaires du système préconscient-conscient de telle façon que « les processus primaires limitent la saturation des processus secondaires et les processus secondaires celle des processus primaires ». C'est un bon équilibre entre les deux types de fonctionnement mental et un passage aisé de l'un à l'autre qui définit pour lui la normalité.

IV - LE PROBLEME DU NORMAL ET DU PATHOLOGIQUE CHEZ L'ENFANT

Le problème du normal et du pathologique est compliqué chez l'enfant par le fait que tout enfant est confronté, au cours de son développement, à des conflits psychiques et recourt plus ou moins à des symptômes pour faire face à ces conflits. La présence d'une symptomatologie, même bruyante, n'est pas suffisante pour distinguer le pathologique du normal puisque les symptômes font partie du développement de tout enfant.

Les premières conceptions des psychiatres d'enfants ont cependant été dans le sens du caractère immuable et constitutionnel des organisations psychopathologiques. A la fin du XIX^e siècle, la théorie de la dégénérescence, soutenue notamment par Magnan, suppose que le malade mental est dès la naissance un « dégénéré », un taré qui porte dans son hérédité les causes de sa maladie. La conséquence d'une telle théorie est bien entendu d'établir une barrière infranchissable entre l'individu normal et l'individu pathologique. Les conséquences en psychiatrie de l'enfant ont été la recherche de stigmates de dégénérescence et de signes pathognomoniques. Les stigmates de dégénérescence pouvaient être n'importe quel trait physique s'écartant de la norme : une oreille insuffisam-

ment ourlée, une implantation particulière des cheveux, etc. traits qui étaient trop souvent hâtivement interprétés comme signant la dégénérescence et mis en corrélation avec des troubles psychiques sans véritable vérification ou contrôle statistique. Les signes dits « pathognomoniques » étaient considérés comme caractéristiques d'une maladie, de la même façon que le signe de Koplik est caractéristique de la rougeole. Le plus célèbre de ces signes est le « signe du miroir », à savoir le fait pour un adolescent de se regarder fréquemment dans les miroirs, signe qui était considéré comme pathognomonique de la schizophrénie.

Les réalités psychopathologiques sont moins simples. Là encore, il faut s'écarter d'un mode de pensée calqué sur celui de la médecine somatique si on veut rendre compte des faits tels qu'ils se présentent. La préoccupation du psychiatre d'enfants, lorsqu'il évalue le caractère normal ou pathologique d'une manifestation symptomatique, est avant tout le développement psychique de l'enfant. C'est donc essentiellement à une référence pronostique qu'il s'attache. Ce qui entravera le plus lourdement le développement psychique sera considéré comme le plus pathologique, même s'il s'agit d'une manifestation peu bruyante, voire silencieuse ; ce qui respectera le mieux le développement sera considéré comme variation de la normale, même s'il s'agit de manifestations bruyantes.

S. Freud en était venu à considérer *la névrose infantile* comme un moment inévitable du développement psychique : « Nous avons appris à mieux voir et sommes maintenant tentés de considérer la névrose infantile non comme l'exception mais comme la règle : il semblerait que sur le chemin menant du plan primitif de l'enfant à celui du civilisé adapté à la vie sociale, la névrose soit pour ainsi dire inévitable ».

M. Klein se rattache à ce point de vue de Freud. Tout enfant, dit-elle, connaît des difficultés névrotiques. Le problème n'est donc pas de savoir s'il y a ou non névrose, mais de reconnaître les névroses graves, c'est-à-dire celles qui infligeront à l'enfant des difficultés majeures dans l'avenir. Le meilleur critère du caractère pathologique de l'état d'un enfant est, pour elle, l'inhibition des pulsions épistémophiliques, c'est-à-dire du désir de connaître, de la curiosité, et le refoulement de la vie imaginaire qui se traduit par une inhibition à jouer. Les signes de bon augure sont le plaisir pris au jeu, la liberté donnée à l'imagination tout en respectant l'adaptation à la réalité, un attachement réel mais non excessif à ses parents, des tendances épistémophiliques développées sans la compulsion et l'intellectualisation propre à la névrose obsessionnelle. En outre, elle juge normale, voire favorable, l'existence de quelques manifestations d'émotivité et d'angoisse.

A. Freud a insisté sur le fait que le conflit est inhérent au développement. Elle ne le considère pas cependant comme systématiquement de nature névrotique, le conflit névrotique supposant une intériorisation complète des forces en présence. Elle distingue : *le conflit externe* qui se situe entre les pulsions de l'enfant et les exigences extérieures — *le conflit intériorisé* survenant à l'intérieur de l'appareil psychique entre le Moi et le Surmoi qui est le résultat de l'intériorisation des interdits précédemment externes — *le conflit interne* qui se situe entre ça et Moi et qui est uniquement en rapport avec des représentants pulsionnels insuffisamment fusionnés ou incompatibles avec l'ambivalence pulsionnelle : amour/haine, activité/passivité, tendances masculines/tendances féminines, sans participation des exigences extérieures.

Le critère fondamental pour A. Freud est l'aptitude à progresser jusqu'à la maturité : « Certains troubles peuvent être tenus pour des phénomènes naturels tant que ces processus fondamentaux (les processus du développement) restent intacts. On doit les prendre au sérieux dès que le développement lui-même est affecté et qu'il y a ralentissement, régression ou arrêt de son cours ». L'évaluation de l'état pathologique d'un enfant ne saurait s'en tenir aux apparences d'une adaptation aux exigences extérieures. A. Freud insiste au contraire sur le danger pour l'enfant d'être trop bien adapté, « trop sage ». Les exigences psychiques internes sont plus importantes à prendre en considération. Pour ce faire, A. Freud propose un profil métapsychologique complexe qui permette d'apprécier le développement de chacune des instances psychiques. Elle définit en outre plusieurs concepts utiles pour apprécier la qualité normale ou pathologique d'un enfant :

- *les lignes de développement*, axes orientés sur lesquels on peut repérer les stades du développement. Elle distingue une ligne de développement allant de la dépendance à l'autonomie et aux relations d'objets de type adulte — une ligne de développement allant dans le sens d'une autonomie corporelle — une ligne de développement allant de l'égoïsme à la camaraderie — une ligne de développement allant du corps aux jouets et du jeu au travail. Ces lignes de développement permettent de repérer les retards, les régressions, les dysharmonies entre les différentes lignes de développement ;

- *la notion de progression inégale* du développement pulsionnel et du développement du Moi, soit qu'il y ait une avance du développement du Moi sur le développement pulsionnel telle que S. Freud l'a décrite dans « Prédispositions à la névrose obsessionnelle », ce qui rend le Moi intolérant aux pulsions et entraîne une répression trop forte ; soit qu'il y ait un développement prématuré des pulsions par rapport au Moi, ce qui donne des personnalités impulsives, incapables d'intégrer les tendances sexuelles et agressives ;

- *la tolérance à la frustration* qui est un indice de la force du Moi, de la capacité à trouver des satisfactions substitutives ;

- *le pouvoir de sublimation* ;

- *la capacité à maîtriser l'angoisse*. Ce n'est pas la présence d'angoisse dont A. Freud décrit plusieurs types liés aux différents types de conflits, ni même sa quantité qui permettent d'apprécier l'équilibre psychique, mais la capacité du Moi à maîtriser l'angoisse ;

- *l'équilibre entre les tendances progressives et les tendances régressives*. Elle oppose par exemple les enfants qui, devant la frustration, cherchent un refuge dans la régression et ceux qui prennent du plaisir aux expériences nouvelles, qui ont le désir de grandir.

De nombreux psychiatres d'enfant, R. Diatkine par exemple, insistent sur la fréquence prouvée par les enquêtes systématiques de la symptomatologie névrotique chez les enfants. Ce dernier pose le problème en des termes proches de ceux de A. Freud : « Comment reconnaître le symptôme de bon aloi signant une phase évolutive un peu difficile et le distinguer des signes de névrose infantile plus graves risquant une évolution de plus en plus pathologique ? ». C'est sur la réversibilité ou la non-réversibilité des symptômes et des mécanismes de défense qu'il met l'accent. La maladie peut se définir par la fixité des mécanismes de défense, fixité qui bloque plus ou moins le développement de l'enfant. La santé, au contraire, peut se définir par la souplesse des investissements, la variabilité des mécanismes de défense, la réversibilité des organisations psychiques. Le psychiatre, dit R. Diatkine, doit apprécier la mobilité des investissements, la capacité à trouver du plaisir dans le fonctionnement des opérations mentales, la possibilité de s'attacher à des nouvelles tâches, de transférer sur des personnages substitutifs les désirs œdipiens, le goût pour les histoires, l'intensité du désir de connaître.

M. Sperling oppose les symptômes qui focalisent l'angoisse de l'enfant et laissent libres de larges secteurs de son fonctionnement psychique et ceux qui ne sont qu'un des signes d'une perturbation globale de la personnalité et prennent donc une valeur péjorative.

Résumons en disant que le problème du normal et du pathologique chez l'enfant conduit à apprécier le poids de chacun des symptômes d'une part dans l'organisation actuelle de sa personnalité : le ou les symptômes immobilisent-ils ou non de grandes quantités d'énergie psychique ? d'autre part dans son devenir : le ou les symptômes ont-ils une signification défavorable pour le développement psychique de l'enfant ou sont-ils seulement la marque transitoire d'un conflit inévitable, mais temporaire ? Cette évaluation est à faire, bien entendu, en fonction de l'âge de l'enfant et de ce que l'on sait du développement habituel des enfants du même âge. Elle représente assurément une des tâches les plus délicates du psychiatre d'enfant, lourde de conséquences pratiques puisque c'est cette évaluation qui va dicter l'orientation thérapeutique. Elle nécessite une expérience clinique importante.

BIBLIOGRAPHIE

- AJURIAGUERRA (J. de). — La notion de normal et de pathologique. In *Manuel de Psychiatrie de l'Enfant*. Masson, Paris, pp. 146-154.
- BERGERET (J.). — Normalité ou pseudo-normalité. *Revue Française de Psychanalyse*, 1972, 36, pp. 381-400.
- BERGERET (J.). — La personnalité normale et pathologique. Un volume, Dunod, Paris, 1974, 333 p.
- CANGUILHEM (G.). — Le normal et le pathologique. Un volume, P.U.F., 1975, 224 p.
- CHILAND (C.). — Des apories de toute réflexion sur la normalité. *Revue Française de Psychanalyse*, 1972, 36, pp. 411-419.
- CHILAND (C.). — Brève réflexion sur le normal et le pathologique. In « *L'enfant de six ans et son avenir* », P.U.F., Paris, 1973, pp. 72-87.
- DAVID (C.). — Quelques remarques introductives aux problèmes de la normalité. *Revue Française de Psychanalyse*, 1972, 36, pp. 359-372.
- DIATKINE (R.). — Du normal et du pathologique dans l'évolution mentale de l'enfant. *La Psychiatrie de l'Enfant*, 1967, 10, pp. 1-42.
- DUJARIER (L.). — Le déni de la normalité. *Revue Française de Psychanalyse*, 1972, 36, pp. 426-428.
- FREUD (A.). — Le normal et le pathologique chez l'enfant (traduction D. WIDLOCHER). Un volume, Gallimard, Paris, 1968, 212 p.
- FREUD (S.). — Quelques types libidinaux dégagés par la psychanalyse. In *la vie sexuelle*, P.U.F., Paris, 1969, pp. 156-159.
- FREUD (S.). — Analyse terminée, analyse interminable. *Revue Française de Psychanalyse*, 1939, 11, pp. 3-38.
- GREEN (A.). — Notes sur les processus tertiaires. *Revue Française de Psychanalyse*, 1972, 36, pp. 407-410.
- JONES (E.). — Normalités de l'esprit. In *Théories et pratiques de la Psychanalyse*, un volume, Payot, Paris, 1969, pp. 184-198.
- MAC DOUGALL (J.). — Plaidoyer pour une certaine anormalité. *Revue Française de Psychanalyse*, 1972, 36, pp. 345-358.
- ROUART (J.). — Ce que « normal » ne veut pas dire. *Revue Française de Psychanalyse*, 1972, 36, pp. 373-380.
- SCHIMMEL (I.). — *Revue Française de Psychanalyse*, 1972, 36, pp. 439-441.

PROBLEMES NOSOGRAPHIQUES

A la fin du XIX^e siècle, Kraepelin a fait une classification des maladies mentales qui est encore aujourd'hui à la base de la nosographie psychiatrique. Mais cette classification n'inclut pas les affections psychiatriques de l'enfant. Cela présente des avantages et des inconvénients.

Les avantages sont liés au fait que la psychiatrie infanto-juvénile n'a pas été enfermée dans un cadre définitif et rigide, qui peut gêner l'examineur dans sa relation individuelle avec chacun de ses patients et peut nuire à son objectivité s'il cherche à faire coller à tout prix la réalité clinique avec son savoir nosographique livresque.

L'inconvénient majeur de l'absence d'une classification est la difficulté de communication entre les spécialistes selon leur appartenance à telle ou telle école et selon les pays.

On peut repérer trois types de réponses dans la littérature actuelle aux problèmes posés par la nosographie en psychiatrie infanto-juvénile :

1) Une réponse que l'on peut appeler « *classique* », qui tend à transposer chez l'enfant et l'adolescent les rubriques nosographiques de la psychiatrie de l'adulte. L'attitude du psychiatre consiste alors, armé de la connaissance des maladies mentales de l'adulte, à rechercher les formes infantiles correspondantes. Cette tendance est en nette régression depuis la dernière guerre mondiale. L'adultomorphisme est apparu de moins en moins satisfaisant au fur et à mesure que l'on connaissait mieux les troubles psychiques de l'enfant et leurs pronostics. On sait par exemple qu'il y a rarement une continuité entre les troubles de l'enfant évoquant tel ou tel syndrome psychiatrique de l'adulte et ces mêmes syndromes lorsque le sujet a atteint l'âge adulte.

2) Une tendance *antinosographique* qui a été illustrée notamment par l'antipsychiatrie (R.D. Laing, D. Cooper, M. Mannoni). Cette tendance consiste à rejeter toute classification en arguant du fait que chaque malade a son histoire, ses particularités irréductibles à des catégories nosographiques, que toute tendance classificatrice est réductrice et dangereuse car elle fait méconnaître ce qui est le plus important à savoir justement les caractéristiques individuelles de chacun.

Les critiques du courant antinosographique sont importantes. Le danger est grand en effet de vouloir classer à tout prix et de s'intéresser plus à la classification qu'à la souffrance de l'individu. D'autre part, le psychiatre risque d'être plus ou moins lié par son diagnostic. Il n'est pas facile, une fois qu'on a apposé une étiquette à quelqu'un de la modifier ou d'apprécier les changements intervenus. Toute classification diagnostique implique une évaluation pronostique ; ne risque-t-on pas de vouloir à tout prix vérifier le pronostic qu'on a établi ? Ce danger est particulièrement évident pour les enfants déficients intellectuellement définis par le chiffre de leur quotient intellectuel.

Cependant une attitude antinosographique radicale n'est pas soutenable. L'esprit humain ne fonctionne qu'en reconnaissant des formes stables, puis en comparant les unes avec les autres ces formes stables afin de pouvoir rechercher les lois de la stabilité ou de leurs changements. La psychiatrie n'échappe pas à cette règle et il est donc certain que ceux qui refusent toute classification, en utilisent une implicitement. Une telle classification implicite risque d'être beaucoup plus arbitraire qu'une classification explicite. Il est évident aussi que le refus de toute classification empêche la communication entre les spécialistes donc la comparaison entre leurs travaux cliniques et théoriques.

Le véritable problème est de savoir dépasser une attitude nosographique lorsqu'on se trouve avec un enfant donné, sans nier pour autant la nécessité d'une classification des troubles psychopathologiques. Il y a des moments différents dans le travail du psychiatre : celui où il est en relation avec son patient et où il s'intéresse à sa souffrance et son histoire individuelle n'est pas à confondre avec le moment où il réfléchit sur sa pratique, la met en forme, la théorise, fait un travail scientifique.

3) *La dernière tendance est plus éclectique.* Elle cherche à classer les troubles psychopathologiques de l'enfant et de l'adolescent sans décalquer la nosographie de la psychiatrie d'adulte et en reconnaissant les aléas, l'aspect provisoire et aussi la nécessité d'une classification.

La difficulté majeure est de choisir les critères qui servent à construire cette classification. Il y a plusieurs critères possibles : symptomatique, structural, étiologique, etc...

Il serait satisfaisant pour l'esprit de recourir à un seul critère qui permettrait un choix unique pour chaque cas et faciliterait les études épidémiologiques et synthétiques. On pourrait par exemple tenter de tout classer en termes de structure psychopathologique : névrotique, psychotique, psychopathique, etc... chaque rubrique étant exclusive de toutes les autres. En fait, cela n'est pas possible sans arbitraire, il y a des troubles psychopathologiques qui n'entrent dans aucune structure repérable.

A l'inverse, si l'on prend un critère symptomatique, on risque de méconnaître dans de nombreux cas l'aspect le plus intéressant de la psychopathologie, c'est-à-dire non des symptômes en eux-mêmes, mais la structure psychopathologique sous-jacente.

Le critère étiologique n'est pas utilisable dans beaucoup de cas, faute de connaître la ou les causes des troubles. Le recours à ces critères peut conduire à privilégier indûment un des facteurs étiologiques au détriment des autres.

Devant l'impossibilité d'utiliser un seul axe de référence, il paraît nécessaire de faire une classification selon plusieurs critères en sachant qu'il peut y avoir des recoupements. Il est utile cependant de privilégier dans chaque cas la référence qui paraît la plus importante eu égard au traitement et au pronostic. Si un enfant souffre de troubles névrotiques et a aussi un défaut d'articulation, il est évident que ce sont ses troubles névrotiques qui vont influencer le plus le traitement et l'avenir de l'enfant. On pourra distinguer donc, comme le proposent S. Lebovici et R. Sadoun, une « référence diagnostique de base » et des « troubles associés ». La place de l'évaluation de l'efficacité intellectuelle n'est pas univoque. Dans certains cas, elle va prévaloir sur tout autre critère. Dans les autres cas, il est bien entendu utile d'évaluer le Q.I., mais il est souhaitable d'en faire une rubrique séparée (M. Rutter, S. Lebovici et R. Sadoun).

Nous donnons ci-dessous, à titre d'exemple, la *classification multi-axiale* proposée par M. Rutter, D. Shaffer et M. Shepherd récemment et qui a servi de base à la dernière révision de la classification des maladies mentales de l'O.M.S., en 1977.

Premier axe : syndrome psychiatrique clinique

0.0 Variation normale

1.0 Troubles de l'adaptation (réactionnels)

2 Troubles spécifiques du développement :

2.1 Troubles hyperkinétiques

2.2 Troubles de la parole et du langage

2.3 Autres troubles spécifiques de l'apprentissage

2.4 Maladresse anormale (« dyspraxie au cours du développement »)

2.5 Enurésie (isolée)

2.6 Encoprésie (isolée)

2.7 Tics

2.8 Bégaiement

- 3.0 Conduites anormales
- 4.0 Troubles névrotiques
- 5 Psychoses :
 - 5.1 Psychose infantile
 - 5.2 Psychose désintégrative
 - 5.3 Schizophrénie
 - 5.4 Autres
- 6.0 Troubles de la personnalité
- 7.0 Troubles « psychosomatiques »
- 8 Autres syndromes cliniques :
 - 8.1 Etat confusionnel aigu
 - 8.2 Démence
 - 8.3 Syndrome de Gilles de la Tourette (maladie des tics)
 - 8.4 Anorexie mentale
 - 8.5 Autres syndromes cliniques
- 9.0 Manifestations isolées d'un état mental subnormal (mais ne comprenant aucun des syndromes ci-dessus).

Deuxième axe : niveau intellectuel

- 0 Variations normales de l'intelligence
- 1 Arriération légère
- 2 Arriération moyenne
- 3 Arriération sévère
- 4 Arriération profonde
- 5 Arriération dont le degré ne peut être estimé
- 6 Niveau intellectuel totalement inconnu.

Troisième axe : facteurs biologiques

- 0 Maladies non neurologiques
Les rubriques 0.0 à 0.10 servent à classer les maladies non neurologiques suivant la classification internationale de l'O.M.S.
- 1 Infections et maladies immunologiques postinfectieuses du système nerveux central.
Les rubriques 1.0 à 1.7 servent à classer les affections du système nerveux d'origine bactérienne, virale, immunologique et dégénérative.
- 2 Tumeurs et maladies vasculaires.
Les rubriques 2.0 à 2.9 servent à classer les affections d'origine tumorale et vasculaire du système nerveux central.
- 3 Anomalies nutritionnelles et métaboliques affectant le système nerveux central.
Les rubriques 3.0 à 3.7 servent à classer ces affections : enzymopathies — maladies de surcharge — affections du système nerveux central liées à un dysfonctionnement endocrinien — états de carence — encéphalopathies toxiques.
- 4 Anomalies chromosomiques
 - 4.0 Trisomie 21
 - 4.1 Translocation 15/21
 - 4.2 Translocation 21/22
 - 4.3 Délétion autosomique
 - 4.4 Trisomie autre que la trisomie 21
 - 4.5 XO

- 4.6 Chromosome (ou chromosomes) X surnuméraire(s) (XXY, XXXY, etc.)
- 4.7 Autre anomalie des chromosomes sexuels (XYY, etc.).
- 4.8 Autre anomalie chromosomique.
- 5 Malformations congénitales du système nerveux central non liées à des anomalies chromosomiques grossières.
Les rubriques 5.0 à 5.6 servent à classer les embryopathies infectieuses (rubéoliques notamment) — les embryopathies toxiques — les malformations congénitales du système nerveux central ou du crâne.
- 6 Maladies héréditaires familiales et dégénératives du système nerveux central (sans anomalies chromosomiques ou métaboliques démontrables).
Les rubriques 6.0 à 6.6 servent à classer ces maladies.
- 7 Troubles particuliers du développement
 - 7.0 Troubles de la parole et du langage
 - 7.1 Troubles spécifiques de l'apprentissage
 - 7.2 Dyspraxie par défaut de développement (madadresse anormale)
 - 7.3 Enurésie
 - 7.4 Encoprésie
 - 7.5 Tics
 - 7.6 Bégaiement
 - 7.7 Autre
- 8 Syndromes neurologiques chroniques sans autre indication.
 - 8.0 Infirmité motrice cérébrale d'origine congénitale ou périnatale (quel qu'en soit le type)
 - 8.1 Infirmité motrice cérébrale postnatale (quel qu'en soit le type)
 - 8.2 Epilepsie non compliquée (idiopathique)
 - 8.3 Encéphalopathie chronique de quelque nature que ce soit (sans autre indication)
 - 8.4 Atrophie cérébrale progressive d'étiologie inconnue
 - 8.5 Autre syndrome neurologique chronique non classable ailleurs
- 9 Troubles des organes des sens, de la moelle épinière et des nerfs périphériques.
Les rubriques 9.0 à 9.9 servent à classer ces maladies.

Quatrième axe : influences psychosociales associées ou étiologiques

- 0 Situation psychosociale normale
- 1 Troubles des rapports affectifs intra-familiaux (par exemple, hostilité, manque de chaleur humaine).
- 2 Surveillance excessive par les parents (par exemple, protection ou restrictions excessives).
- 3 Manque de surveillance par les parents.
- 4 Carences d'ordre social ou matériel (par exemple, pauvreté, entassement).
- 5 Manques d'expériences (par exemple, manque de relations parents-enfants, défaut d'expériences normales).
- 6 Autre trouble à caractère psychosocial.

Quelques remarques peuvent être faites au sujet de cette classification. Ainsi il est à noter que dans la rubrique 7 des facteurs biologiques, sont repris les troubles du développement, qui sont ici considérés comme d'origine biologique, ce qui est discutable. Telle qu'elle est cette classification de Rutter et coll. n'est certainement pas parfaite ; à notre avis, elle donne une place trop importante aux facteurs organiques et pas assez aux structures psychopathologiques, elle ne comporte pas de références pronostiques et évolutives. Cependant elle apporte une amélioration certaine par rapport aux classifications précédentes et elle a l'avantage d'être acceptée par la majorité des psychiatres d'enfants.

BIBLIOGRAPHIE

KOUPERNIK (C.). — Problèmes de méthodologie dans la psychiatrie du premier âge. *Psychiat. Enfant.*, 1968, *11*, pp. 513-522.

MISES (R.). — Problèmes nosologiques posés par les psychoses de l'enfant. *Psychiat. Enfant*, 1968, *11*, pp. 493-512.

LEBOVICI (S.) et DIATKINE (R.). — Sur la classification des maladies mentales. *Psychiat. Enfant*, 1968, *11*, pp. 469-473.

LEBOVICI (S.) et SADOUD (R.). — L'enregistrement du diagnostic au centre de santé mentale Alfred Binet. *Psychiat. Enfant*, 1968, *11*, pp. 533-550.

RUTTER (M.). — La classification en psychiatrie infantile. *Psychiat. Enfant*, 1968, *11*, pp. 551-570.

RUTTER (M.), SHAFFER (D.) et SHEPHERD (M.). — Classification multi-axiale des troubles psychiatriques de l'enfant. 1 vol., O.M.S., Genève, 1975, 96 p.

LES VARIATIONS NORMALES DU DEVELOPPEMENT

- I. - La notion de variations normales du développement découle de deux constatations :

1) Les modes de comportement, les traits de caractère se distribuent d'une manière statistique. *Il n'y a pas qu'une façon d'être normal pour un enfant.* Le comportement d'un enfant est fonction de son âge, de son sexe, de son milieu culturel, de son milieu familial, de facteurs héréditaires, de sa propre histoire et d'une multitude de facteurs impossibles à cerner. Il n'est pas surprenant que cette multiplicité de déterminations aboutisse à une grande variabilité des individus dans leurs goûts, dans leurs motivations, dans leurs réactions, dans leur échelle de valeurs, leurs idéaux, etc... Si le psychiatre d'enfants a parfois à intervenir dans des cas de variations de la normale, c'est à cause d'exigences particulières du milieu qui font qu'en fonction d'une certaine norme imposée par le milieu, un écart trop important crée une inadaptation. C'est le cas par exemple dans le milieu scolaire pour les enfants dont le Q.I. est inférieur à 80 ; ces enfants sont inaptes à la pédagogie habituelle et il a fallu créer pour eux des classes spécialisées.

Ce peut être aussi le cas dans le milieu familial pour un enfant plus remuant que les autres et dont l'activité motrice est mal tolérée par l'entourage. L'écart par rapport à la moyenne statistique crée parfois des problèmes pour des enfants appartenant à des minorités sociales, soit à cause de leurs coutumes, de leurs croyances, de leur niveau de vie, soit à cause de leur langue comme on le voit souvent actuellement en France chez les enfants d'immigrés.

2) L'enfant, au cours de son développement, est confronté à des conflits psychiques inévitables et il y réagit souvent par des symptômes en tout point comparables à des symptômes psychopathologiques, mais qui sont transitoires et n'annoncent pas une évolution pathologique.

Ces conflits, inscrits dans le développement du psychisme, ont reçu le nom de « *conflits de développement* » (A. Freud, H. Nagera). C'est alors l'évaluation de l'équilibre dynamique de la personnalité qui permet de parler de « variations de la normale » et non de pathologique.

Un des exemples les plus banaux de symptômes entrant dans cette catégorie est celui *des phobies* du jeune enfant. Il est presque constant que vers trois ans l'enfant développe des phobies : phobie du noir, phobie des espaces dissimulés, phobie de l'endormissement, etc. Ces phobies le plus souvent s'apaisent peu à peu pour disparaître à l'entrée ou au cours de la période de latence.

Il est très habituel aussi que les enfants aient, pendant la période œdipienne, quelques *manifestations d'angoisse nocturnes* : éveil nocturne, rêves d'angoisse, voire terreurs nocturnes.

Vers 2-3 ans, il est fréquent d'assister au développement de *comportements d'allure obsessionnelle*, en particulier des rituels du coucher.

Rappelons encore qu'il est normal que les jeunes enfants aient des *réactions de peur et d'inhibition* devant toute personne ou situation inconnue.

Ces symptômes sont d'une telle banalité que c'est plus leur absence totale que leur présence qui alerte le psychiatre d'enfants. Le petit enfant qui n'a aucune peur ou aucune inhibition est peut-être forcé de recourir à des mécanismes de défenses archaïques franchement défavorables à son développement psychique, tels les mécanismes contraphobiques ou les défenses maniaques. Manifesta-

tions phobiques, rituels, inhibitions accompagnent les efforts de mentalisation des conflits et c'est à ce titre qu'ils sont de bon pronostic, à condition bien sûr de rester dans certaines limites.

A la puberté et pendant l'adolescence, les perturbations caractérielles, *les troubles du comportement, parfois d'allure antisociale ou perverse* (comportements homosexuels par exemple), ou encore *les périodes de repli*, de refus de communication, *d'originalité* sont fréquentes. Ces symptômes accompagnent la conquête progressive de l'autonomie et de l'identité sexuelle et traduisent des troubles passagers de cette identité et des conflits d'identification inévitables à cette période de la vie.

● II. - Les « variations de la normale » nécessitent une évaluation précise de la signification des symptômes pour éviter de psychiatriser indûment ce qui n'a pas valeur pathologique, et pour réserver les efforts thérapeutiques aux enfants et aux adolescents qui se trouvent non pas confrontés à une difficulté passagère qu'ils ont la force d'affronter, mais engagés dans des impasses dont ils ne peuvent sortir par leurs propres moyens. Nous avons vu au chapitre précédent les critères qui permettent d'évaluer globalement le caractère normal ou pathologique de la personnalité d'un enfant. A ces critères s'ajoutent les caractéristiques mêmes des symptômes observés. On tiendra compte : de l'intensité des symptômes, de leur fréquence, de leur âge de survenue (s'il est banal, par exemple, d'avoir des angoisses nocturnes entre 3 et 6 ans, il n'en est plus de même pendant la période de latence), de la perturbation qu'ils entraînent dans le milieu de vie de l'enfant, de l'intolérance de l'entourage qui risque de créer un conflit secondaire plus fâcheux que celui qui est sous-jacent aux symptômes (par exemple, les troubles du sommeil banaux peuvent être très mal tolérés par la famille et devenir l'occasion de tensions importantes), du contexte psychopathologique dans lesquels ils s'inscrivent, de leurs circonstances d'apparition, de la capacité de l'enfant d'en parler ; par exemple, un enfant ayant des phobies normales en parlera facilement dans l'entretien, ce qui n'est pas le cas d'enfants ayant des phobies névrotiques importantes.

LES TROUBLES REACTIONNELS

LA NOTION DE TRAUMATISME PSYCHIQUE

I - GENERALITES

La notion de « réaction » a eu en psychopathologie un destin particulier. A l'origine, elle fut utilisée pour s'opposer aux conceptions trop systématiquement organicistes des psychiatres de la fin du XIX^e siècle. Elle permettait de donner un rôle étiologique à des facteurs d'environnement et non plus seulement à l'hérédité et à la constitution. Progressivement, cette notion a été admise par tout le monde. On reconnaît de manière générale l'influence perturbatrice des « nuisances de l'existence » : rythme accéléré de la vie moderne, promiscuité, surpeuplement des logements, dissociations familiales, etc... facteurs reconnus comme provoquant des réactions d'anxiété et d'agressivité.

Mais au-delà de ces réactions simples, l'opinion des psychiatres diverge ; les uns résument à cela toute la psychogénèse des troubles mentaux, les autres considèrent la pathologie réactionnelle seulement comme un aspect limité de la psychogénèse.

Le terme « réactionnel », tardivement introduit dans le vocabulaire français, se trouve, nous dit J. Starobinski, mêlé dans le vocabulaire psychiatrique aux couples d'opposition suivante : endogène/exogène — organique/fonctionnel — somatogénèse/psychogénèse. Le trouble purement *fonctionnel* dont la cause est *exogène* et à l'origine duquel on peut admettre l'influence de facteurs psychiques est ce que la psychopathologie traditionnelle considère comme un trouble *réactionnel*.

Rappelons les critères donnés par K. Jaspers pour apprécier le caractère réactionnel d'un trouble :

- 1) Il ne se serait pas produit sans l'événement incriminé.
- 2) Le contenu de l'état réactionnel est en relation compréhensible avec le facteur déclenchant.
- 3) Si la cause disparaît, le trouble cesse.

Dans les cas où ces critères ne sont pas réunis et où cependant on peut admettre l'influence de facteurs exogènes, Jaspers considère qu'ils n'ont eu qu'une valeur déclenchante et qu'ils n'ont pas de valeur étiologique spécifique.

L'expérience clinique et la théorie psychanalytique sont venues compliquer les schémas de la psychopathologie traditionnelle. La clinique en effet a montré qu'il n'y avait pas de relation simple entre les événements repérables de la vie d'un enfant et les troubles durables du développement de sa personnalité. Tel enfant qui vit apparemment dans des conditions socio-économiques défavorables n'aura pas de troubles, alors que tel autre qui vit dans de bonnes conditions apparentes en aura. Tel enfant qui a connu des événements pénibles n'aura pas de troubles, alors que tel autre qui n'aura rien connu de semblable en aura. Il y a des événements ou circonstances qui sont accompagnés de troubles chez l'enfant, mais l'appréciation de leur valeur pathogène ne peut se faire uniquement à partir de leur description objective. Il faut pour juger de leur valeur traumatique se référer à la réalité psychique intérieure et c'est là qu'intervient l'élaboration de la théorie psychanalytique.

II - LA NOTION DE TRAUMATISME

Les notions de « réaction » et de « traumatisme » sont indissociables. La pathologie « réactionnelle » suppose en effet qu'il y ait eu événements ou circonstances traumatiques. Mais on ne peut pas donner aux traumatismes une signification simple d'un événement purement extérieur au sujet. En réalité, un événement ne prend une valeur traumatique que dans la mesure où il vient entrer en résonance avec un conflit intérieur. C'est dire que la pathologie réactionnelle ne peut pas s'envisager d'un seul point de vue historique ou génétique, mais doit aussi prendre en compte un point de vue structural qui permet de décrire l'organisation de la réalité psychique intérieure sur laquelle viennent agir les événements et circonstances traumatiques.

S. Freud a donné à la notion de traumatisme psychique une définition économique : « En fait, le terme de traumatisme n'a pas d'autre sens qu'économique » écrit-il. « Nous l'appliquons à une expérience qui, dans un court laps de temps, confronte le psychisme à un accroissement d'excitation trop considérable pour être maîtrisé ou élaboré normalement ». (L'introduction à la psychanalyse).

Cette définition se rattache à la théorie de Freud selon laquelle la fonction d'un appareil psychique est de lier l'énergie instinctuelle. Un surcroît d'énergie qui dépasse les capacités de liaison par l'appareil psychique menace sa cohérence et nécessite la mise en place de mécanismes de défense. L'événement déclenchant ce surcroît d'énergie est *l'événement traumatique*. On voit comment il vient infléchir la structuration du psychisme par la mise en place de mécanismes de défense.

On peut voir aussi d'un autre point de vue l'impact de l'événement traumatique sur la structure psychique : est traumatique l'événement qui vient se confondre avec un fantasme destructeur et qui de ce fait bloque l'élaboration fantasmatique et amène une confusion intérieur/extérieur. Il devient impossible au sujet de distinguer son fantasme de l'événement extérieur. Prenons l'exemple de la mort du père survenant pendant la période où le garçon nourrit une forte agressivité à son égard et a des fantasmes de mort dirigés contre lui. Il en est de même chez un très jeune enfant qui est séparé de sa mère à la période de forte ambivalence à l'égard de la mère qui correspond à la position dépressive de Mélanie Klein. La réalité doit jouer normalement un rôle d'amortissement des fantasmes destructeurs, elle vient les contredire et rassurer l'enfant. L'enfant qui a le fantasme de détruire sa mère est rassuré par la présence physique de celle-ci et la communication qu'il peut maintenir avec elle. Le garçon qui souhaite la mort de son père est rassuré par sa présence. L'événement traumatique empêche ce mécanisme et vient au contraire confirmer le fantasme.

Notons que, quelle que soit la définition du « traumatisme », on retrouve la notion d'effraction : inondation traumatique dans la définition de Freud — confusion dedans/dehors dans la définition que nous venons de donner. Dans tous les cas, on doit supposer une « barrière protectrice » qui s'oppose normalement à l'ingérence traumatique des événements de l'existence.

A partir de *cette notion de barrière protectrice*, on peut distinguer chez l'enfant deux éventualités :

— Dans un premier temps, la barrière protectrice est fournie par la qualité des soins maternels. Si cette barrière protectrice d'origine maternelle est insuffisante ou si des événements viennent y créer des brèches, il y a traumatisme. Cette notion de traumatisme à un stade préverbal et liée à la qualité des soins maternels a été théorisée par Masud Khan sous le nom de « traumatisme cumulatif » : « le traumatisme cumulatif résulte, dit-il, des brèches dans cette barrière protectrice dont la mère tient lieu, au long du développement de l'enfant, de la prime enfance à l'adolescence — c'est-à-dire dans toutes les ères d'expérience où l'enfant a besoin de sa mère comme d'un moi auxiliaire pour soutenir ses fonctions du moi encore instables... En conséquence, le traumatisme cumulatif résulte des tensions et des stressés que l'enfant expérimente dans le contexte de la dépendance de son moi à l'égard de la mère qui est à la fois barrière protectrice et moi auxiliaire ».

— L'autre éventualité est une rupture de la barrière protectrice constituée secondairement par les mécanismes de défense du moi. C'est à ce type d'événement qu'Anna Freud réserve le concept de

« traumatisme » : « En bonne logique, plutôt que de l'employer dans son sens extensif actuel, mieux vaudrait donc réserver le concept de traumatisme au stade de la vie où un moi structuré joue son rôle de médiateur. Tant que le nourrisson est un être indifférencié, il éprouve une détresse et non un traumatisme au sens strict ».

On peut donc repérer deux acceptions du concept de « traumatisme » dans la psychopathologie infanto-juvénile. Rappelons toutefois que la barrière protectrice secondaire constituée par le moi de l'enfant résulte de l'intériorisation de la première barrière protectrice maternelle.

III - LES TROUBLES REACTIONNELS CHEZ L'ENFANT.

La place des « troubles réactionnels » dans la nosographie des troubles psychopathologiques de l'enfant et de l'adolescent se situe entre les « variations de la normale » et les « organisations névrotiques » (R. Mises, S. Lebovici et R. Diatkine). Il s'agit de troubles qui ne peuvent plus être considérés seulement comme la réponse passagère à un conflit de développement, mais qui ne peuvent pas encore être considérés comme signant une névrose organisée. C'est précisément en raison du caractère tardif de l'organisation de la personnalité d'un enfant, des remaniements profonds qui se produisent tout au long de son développement, que les « troubles réactionnels » ont leur place.

En règle générale, plus un enfant est jeune, moins l'organisation de sa personnalité est fixée, plus les troubles sont mobilisables et plus l'influence des événements et de l'entourage est grande.

On peut distinguer deux aspects des troubles réactionnels de l'enfant :

1) **Il y a eu un événement traumatique repérable et les troubles ont suivi cet événement.** Il n'est pas possible de faire une liste exhaustive des événements traumatiques. Certains cependant ont une signification suffisamment générale pour mériter d'être cités. Dans un ordre chronologique, on peut repérer les événements suivants :

a) à partir de l'établissement de la relation d'objet (début du deuxième semestre de l'existence) et jusqu'à l'âge très variable où l'enfant a acquis une permanence suffisante de l'objet libidinal (au moins trois ans) : les séparations d'avec le personnage maternel, la naissance d'un puiné.

b) pendant la période œdipienne (entre la troisième et la sixième année) :

- les traumatismes sexuels,
- tout accident, mutilation ou intervention chirurgicale, particulièrement celles portant sur les organes génitaux,
- la séparation des parents,
- la mort d'un des parents.

c) pendant la période de latence (de la 7^e année à la puberté) : la pathologie d'origine traumatique devient plus rare. Citons les deuils, les accidents graves, les échecs sérieux, les attentats sexuels.

d) à la puberté et à l'adolescence : la mort d'un des parents, les déceptions sentimentales, les échecs scolaires, professionnels ou universitaires, etc...

Les réactions à ces traumatismes sont bien entendu variables. Néanmoins, deux types de réactions principales sont observés : l'angoisse et les conduites régressives. Citons comme exemple de manifestations anxieuses, les crises d'angoisse nocturne (rêves d'angoisse, terreurs nocturnes) succédant à une séparation précoce d'avec la mère et comme exemple de manifestations régressives, l'énurésie nocturne survenant après la naissance d'un puiné.

Dans les devenir de ces troubles réactionnels post-traumatiques, une chose est essentielle : le comportement de l'entourage. Si l'entourage est tolérant et rassurant, le trouble a beaucoup de chances de s'amender progressivement puis de disparaître sans laisser de traces. Si au contraire l'entourage est intolérant, agressif ou angoissé, le trouble risque de s'inscrire définitivement dans l'organisation psychique de l'enfant. On parle de réaction réverbérante : la réaction de l'enfant induit une réaction chez les parents qui, à son tour, provoque une réaction chez l'enfant, etc...

Prenons l'exemple d'un jeune enfant séparé quelques jours de sa mère pour une hospitalisation et qui au retour a de violentes angoisses nocturnes perturbant le sommeil de toute la famille. Si les parents savent être patients, tolérer que l'enfant vienne se rassurer auprès d'eux la nuit, l'enfant a toute chance de se rassurer sur la présence de sa mère et ses angoisses se calmeront peu à peu. Si au contraire les troubles du sommeil sont l'occasion d'un conflit entre les parents et l'enfant, ils risquent de durer, le conflit va se prolonger et peu à peu s'intérioriser chez l'enfant. L'intervention thérapeutique consiste essentiellement à éviter l'installation de ces cercles vicieux.

Il faut aussi tenir compte, dans l'évaluation des troubles réactionnels de l'enfant, de la réaction des parents à l'événement traumatique. Parfois, l'enfant est plus sensible à cette réaction parentale qu'à l'événement lui-même. Un deuil, par exemple, peut entraîner des réactions chez un enfant beaucoup plus parce que l'enfant supporte mal les réactions de deuil de ses parents que parce qu'il a perdu un être cher.

2) **Il n'y a pas d'événement traumatique précis repérable**, mais l'enfant vit dans des conditions sociales, familiales et psychologiques néfastes qui paraissent induire ses troubles. Ici, on emploie l'adjectif « réactionnel » dans la mesure où l'on pressent que les conflits ne sont pas encore définitivement intériorisés par l'enfant et où la modification des circonstances extérieures de vie de l'enfant permet un amendement de ses troubles soit par une séparation du milieu pathogène, soit par une modification à l'intérieur de ce milieu.

Il est certain que cet aspect des troubles réactionnels est plus flou que le précédent. Il n'y a pas de frontière précise entre ce qui peut être qualifié de réactionnel et ce qui ne le peut plus. A la limite, toute la psychopathologie infanto-juvénile comporte un aspect réactionnel.

Une question encore se pose : y a-t-il des troubles qui disparaissent sans laisser de trace ? Les psychiatres d'enfants sont aujourd'hui très circonspects au sujet de la réversibilité des troubles. Trop souvent la disparition d'un trouble, hâtivement qualifié de réactionnel, n'est qu'apparente, un symptôme bruyant peut être remplacé par un symptôme plus latent qui cependant peut être plus grave pour l'avenir psychique. Par exemple des troubles du comportement peuvent disparaître en même temps que s'installent des angoisses, des phobies, des pensées obsessionnelles mieux tolérées par l'entourage. Seuls des examens psychiatriques approfondis et répétés permettent de juger de la disparition effective d'un trouble. Ces réserves faites, il est certain qu'il y a des troubles entièrement réversibles et qu'il faut se garder d'une attitude trop soupçonneuse à cet égard. Les études catamnestiques sont là pour confirmer la réversibilité complète de certains troubles, même s'ils avaient été très bruyants.



IV - EXEMPLE CLINIQUE

G. est un petit garçon de 6 ans 1/2 qui est vu en consultation pour des troubles du comportement. Il est considéré comme « nerveux » dans sa famille depuis toujours, mais ses comportements se sont aggravés pendant une année d'absence de son père qui vient de s'achever. Le père est marin, il est parti en campagne pendant un an et pendant ce temps, G. a été très agressif, surtout dans sa famille, il est devenu grossier, injuriant ses sœurs et sa mère.

Depuis huit jours, le père est revenu et tout est rentré dans l'ordre.

Il est le quatrième d'une fratrie de quatre, seul garçon. Il a une sœur aînée âgée de 13 ans, une autre âgée de 11 ans, une autre de 8 ans.

C'est un petit garçon très fin, qui a un bon contact et qui s'exprime bien sans timidité. Il n'a aucune manifestation d'instabilité pendant l'entretien. Il fait un dessin qui représente un énorme bateau dont il dit qu'il est comme celui de son père. Il fait ensuite deux soleils, un jaune sur gauche, un noir sur la droite, en disant que c'est le soleil de la nuit. On peut se demander si cela correspond aux disparitions et aux réapparitions du père. Il est à noter également qu'il fait une mer bicolore, jaune en bas, verte en haut.

G. dit qu'il fait des rêves. Il raconte qu'il a rêvé cette nuit qu'il y avait un voleur à la maison et il parle de ses accès de somnambulisme pendant lesquels il va mettre son traversin et son oreiller dans la chambre de sa mère. Cela s'est passé la nuit précédente. Pendant l'absence du père, il lui est arrivé d'aller dormir dans le lit de sa mère.

Nous lui avons donné une interprétation sur son envie d'aller dormir avec sa mère pendant l'absence de son père, envie qui pouvait être une source d'angoisse, il a acquiescé à cette interprétation.

Au total, les troubles qu'a présentés G. paraissent essentiellement réactionnels à l'absence de son père pendant une période prolongée, alors que ce garçon se trouvait en pleine phase œdipienne.

BIBLIOGRAPHIE

- DREYFUSS (J.P.). — Introduction à la notion de traumatisme chez Freud. *Confrontations psychiatriques*, n° 12, 1974, p. 93 à 110.
- EY (H.). — La notion de réaction en psychopathologie. *Confrontations psychiatriques*, n° 12, 1974, pp. 43-62.
- FREUD (A.). — Le traumatisme psychique. In l'enfant dans la psychanalyse (traduction D. Widlocher), Gallimard, Paris, 1976, pp. 204-219.
- FREUD (S.). — Névroses, psychoses et perversions. P.U.F., Paris, 1973, 306 p.
- KAMMERER (TH.). — Traumatisme et réaction. *Confrontations psychiatriques* n° 12, 1974, pp. 81-91.
- KHAN (M.). — Le concept de traumatisme cumulatif. In « le Soi caché » (traduction C. Monod), 1 volume, Gallimard, Paris, 1976.
- LEBOVICI (S.). et DIATKINE (R.). — A propos de la notion de troubles réactionnels. *Psychiatrie de l'enfant*, 1968, 11, pp. 523-531.
- LEBOVICI (S.) et SOULE (M.). — Connaissance de l'enfant par la psychanalyse. P.U.F., Paris, 1970, 646 p.
- MISES (R.). — La notion de réaction. Examen critique à partir de la clinique de l'enfant. *L'évolution psychiatrique*, 1970, 35, pp. 343-352.
- PELICIER (Y.). — Réaction et histoire de la personnalité. *Confrontations psychiatriques* n° 12, 1974, pp. 7-17.
- SOULE (M.). et SOULE (N.). — Les troubles réactionnels en psychiatrie de l'enfant. *Confrontations psychiatriques* n° 12, 1974, pp. 63-80.
- STAROBINSKI (J.). — Réaction. Le mot et ses usages. *Confrontations psychiatriques* n° 12, 1974, pp. 19-42.

LES TROUBLES NEVROTQUES CHEZ L'ENFANT

I - GENERALITES SUR LES NEVROSES

A) DEFINITION

Les névroses peuvent se définir par les critères suivants :

1) Les critères positifs :

a) l'existence d'une souffrance psychique, le plus souvent sous forme d'angoisse, qui est toujours présente à un moment au moins de l'évolution ;

b) la présence de symptômes qui traduisent soit l'angoisse directement, soit les processus mis en œuvre pour aménager des conflits et lutter contre l'angoisse ;

c) l'existence de mécanismes de défense du Moi décelables lors d'une approche dynamique de la névrose. Ces mécanismes de défense sont des processus inconsciemment mis en œuvre pour écarter ou maîtriser l'angoisse ;

d) la conscience de la morbidité des troubles. Le névrosé peut avoir des conduites, des pensées, des sentiments très aberrants, mais il les identifie comme pathologiques et cherche en général à les masquer à l'entourage ou à les déguiser suffisamment pour qu'ils prennent une apparence logique.

2) Les critères négatifs :

a) l'absence de perte du sens de la réalité qui permet aux névrosés de communiquer avec autrui, d'établir des relations humaines ;

b) l'absence de confusion entre réalité extérieure et réalité interne. Fantômes et réalité ne sont pas confondus, même si l'activité fantasmatique tend à peser lourdement sur la vie du névrosé.

Ces critères distinguent les névroses d'autres formes d'organisation psychopathologique, par exemple la pathologie du caractère dans laquelle il n'y a pas de souffrance psychique apparente, les psychoses dans lesquelles il y a confusion entre réalité extérieure et réalité interne, perte du sens de la réalité.

Ainsi définies, les névroses posent un problème particulier dans le domaine de la psychopathologie infantile. On a d'abord reconnu ces affections chez l'adulte et c'est chez l'adulte qu'on a décrit les différentes formes cliniques de névrose dont nous parlerons plus loin. Secondairement, on a cherché chez l'enfant les mêmes formes psychopathologiques et le plus souvent, on n'a trouvé que des aspects dissociés ou partiels des névroses repérées chez l'adulte. Par contre, on a remarqué l'extrême fréquence dans l'enfance de certains symptômes de la série névrotique, sans qu'on puisse en inférer l'organisation sous-jacente d'une personnalité névrotique. L'étude longitudinale de ces symptômes a montré qu'ils n'avaient pas toujours, loin s'en faut, la valeur de signes annonciateurs d'une névrose de l'âge adulte. Un des aspects essentiels de l'étude des troubles névrotiques chez l'enfant est donc l'évaluation de leur signification actuelle dans l'économie psychique et de leur valeur pronostique.

B) RAPPEL HISTORIQUE

L'hystérie est connue depuis l'Antiquité. Mais, le terme de névrose n'a été introduit dans le vocabulaire médical qu'à la fin du XVIII^e siècle (William Cullen, 1777). Ce terme a longtemps servi à désigner des affections fonctionnelles sans substratum organique reconnu, mais considérées comme atteignant le système nerveux. Puis, il a été opposé au terme de psychose (introduit en 1845 par Feuchtersleben) pour désigner des affections moins graves sans atteinte du sens de la réalité, sans délire ou détérioration majeure des facultés psychiques.

En 1869, Beard isole la « neurasthénie » caractérisée par un épuisement physique et mental accompagné de tout un cortège de troubles fonctionnels. A partir de 1880, Charcot remet à l'honneur l'étude de l'hystérie qui était plus ou moins tombée en discrédit.

L'histoire contemporaine des névroses commence à la fin du XIX^e siècle avec les travaux de P. Janet à Paris et de S. Freud à Vienne.

P. Janet a distingué deux grands types de névrose : l'hystérie et la psychasthénie. Pour lui, les névroses sont des maladies de l'évolution des fonctions psychologiques qui sont atteintes dans leurs aspects supérieurs les plus complexes, les plus socialisés, ceux qui exigent le plus d'apprentissage, de contrôle, d'adaptation au réel et au présent. Toute sa théorisation repose sur le concept d'une énergie neuropsychique qui serait diminuée dans les névroses. Cela entraînerait un fonctionnement psychique moins organisé, plus archaïque, moins adapté aux circonstances actuelles, se réfugiant dans l'imaginaire ou dans l'abstrait sans toutefois qu'il y ait coupure avec la réalité. Dans la psychasthénie, Janet décrit une baisse de la tension psychologique qui retentit sur la volonté, l'attention et la fonction du réel. Il y a régression des fonctions d'adaptation au réel qui exigent le plus d'énergie psychique vers des formes anarchiques du comportement idéo-moteur. Dans l'hystérie, il décrit un rétrécissement du champ de la conscience, une insuffisance de la perception de soi et de la construction de la personnalité, une régression vers des automatismes psychologiques.

S. Freud a fait porter l'essentiel de ses travaux cliniques et théoriques sur les névroses. Parler de sa contribution à l'étude des névroses reviendrait presque à passer en revue toute son œuvre. Nous nous limiterons ici à ses apports nosographiques en nous réservant de parler plus loin de la théorie psychanalytique des névroses. En 1895, il décrit « la névrose d'angoisse » caractérisée par un fond permanent d'attente anxieuse et la survenue d'accès paroxystiques d'angoisse plus ou moins accompagnés de troubles fonctionnels. La même année, il distingue des obsessions et des phobies. Les obsessions sont caractérisées, dit-il, par la coexistence d'une idée qui s'intègre dans l'âme et d'un état émotif associé qui peut être l'angoisse, mais aussi le doute, le remords, la colère. Dans les phobies, l'état émotif est toujours l'angoisse. Freud a ainsi démantelé le cadre de la « neurasthénie », terme aujourd'hui tombé en désuétude du fait même de son imprécision. Dès cette époque, Freud a identifié les 4 formes de névrose qui servent toujours de base à la nosographie actuelle :

- la névrose d'angoisse,
- la névrose phobique,
- la névrose obsessionnelle,
- l'hystérie.

Par ailleurs, il fait une distinction entre « névrose actuelle » et « psycho-névrose de défense ». Les premières sont liées à une anomalie actuelle de la vie sexuelle du sujet et sans rapport avec son histoire infantile. Les secondes s'organisent au cours du développement en réponse aux conflits liés à la sexualité infantile. Elles prennent racine dans l'histoire du sujet, leur symptôme ont un sens latent et une valeur de compromis entre pulsions et interdits. Freud rangeait dans le cadre des « névroses actuelles » la névrose d'angoisse et la neurasthénie ; dans le cadre des « psycho-névroses de défense » les névroses phobiques, obsessionnelles et hystériques, ainsi que d'autres affections mentales qui aujourd'hui sont classées parmi les psychoses. Le terme de « névroses actuelles » tend à tomber en désuétude

dans la mesure où derrière les difficultés, insuffisances ou anomalies de la sexualité d'un sujet, on trouve toujours plus ou moins des conflits remontant à l'enfance.

Depuis Freud, les névroses sont restées un sujet d'étude privilégié pour les psychanalystes. Il n'est pas possible ici de résumer des travaux très nombreux qu'ils y ont consacrés. Nous indiquerons seulement trois directions de recherche qui nous semblent avoir été particulièrement importantes depuis la dernière guerre mondiale :

- l'étude structurale de la personnalité du névrosé, entreprise notamment en France sous l'influence des théories de J. Lacan,
- l'étude de la relation d'objet du névrosé illustrée en particulier en France par M. Bouvet à propos de la névrose obsessionnelle,
- l'étude des conflits pré-génitaux dans les organisations névrotiques, étude suscitée en particulier par la théorisation de M. Klein.

A l'opposé des théories psychanalytiques centrées sur l'organisation de la personnalité du névrosé en liaison avec son histoire infantile, c'est développée une conception de la névrose issue des travaux de I.P. Pavlov et fondée sur le conditionnement. Pavlov lui-même avait provoqué chez l'animal des perturbations : angoisse, irritabilité, perte des apprentissages, en mettant à l'épreuve ses capacités de discrimination au cours d'expériences de conditionnement. Ces états ont reçu le nom de « névroses expérimentales » et ont servi de base à une explication par la théorie du conditionnement des névroses humaines et à des entreprises thérapeutiques. Ces études ont été surtout développées dans les pays anglo-saxons (H.J. Eysenck, Wolpe) et en U.R.S.S. (A.R. Luria, C.M. Bykov). Nous y reviendrons à propos de l'étude théorique des névroses.

En ce qui concerne l'enfant, seule l'hystérie était identifiée avant les travaux de Freud. Dès le XVII^e siècle, on trouve des descriptions d'hystérie chez l'enfant. La première étude d'ensemble est due à Landor et date de 1873. En 1905, E. Dupré décrit la « mythomanie » infantile.

Dans « les études sur l'hystérie » (1895), Freud découvre l'origine infantile des conflits névrotiques de ses patients adultes. Au cours de son auto-analyse commencée en 1897, il reconnaît le caractère inévitable et donc universel des conflits psychiques pendant l'enfance. En 1905, il supervise les traitements faits par le père de l'enfant, le petit Hans, âgé de 5 ans, qui souffrait de phobies. En 1918, il publie « Extraits de l'histoire d'une névrose infantile » (L'homme au loup). Désormais, on appellera « névrose infantile » le conflit central lié aux problèmes œdipiens et à l'angoisse de castration.

La psychanalyse n'a été systématiquement appliquée au traitement des troubles névrotiques de l'enfant qu'à partir de 1920 (H. Hug Hellmuth). Deux chefs d'école ont dominé depuis cette date le développement de la psychanalyse des enfants : A. Freud et M. Klein. De leurs points de vue respectifs sont nées des conceptions divergentes de la névrose chez l'enfant dont nous parlerons plus loin.

Depuis la dernière guerre mondiale, l'étude de la névrose chez l'enfant a été quelque peu négligée au profit des psychoses infantiles. Ce n'est qu'à date très récente qu'elle a à nouveau retenu l'attention des psychiatres et des psychanalystes d'enfants. Citons en particulier les travaux de M. Sperling sur les phobies infantiles, ceux de l'école de Paris (S. Lebovici, R. Diatkine, D. Braunschweig), ceux enfin de l'école Anglaise inspirés par les théories de M. Klein et de D.W. Winnicott d'une part, les points de vue d'Anna Freud d'autre part.

II — ETUDE CLINIQUE DES TROUBLES NEVROTQUES DE L'ENFANT

A) PROBLEMES GENERAUX

1) Fréquence des symptômes d'aspect névrotique

Les conflits psychiques sont inévitables dans le développement de l'enfant. Ces conflits don-

nent naissance à des symptômes qui persistent jusqu'au moment où le Moi a atteint une maturité suffisante pour élaborer ces conflits.

Tous les psychiatres d'enfants reconnaissent la grande fréquence de la symptomatologie d'aspect névrotique pendant l'enfance, fréquence qui a été précisée par plusieurs enquêtes. Citons celle de R. Diatkine et C. Chiland : sur un groupe de 66 enfants de 6 ans ou plus étudié dans une école parisienne, ils ne trouvent que 17 enfants indemnes de tout symptôme. Beaucoup de ces symptômes sont totalement réversibles. D'autres sont les premières manifestations d'une organisation pathologique de la personnalité, soit névrotique bien entendu (troubles névrotiques au sein d'une organisation névrotique encore mal différenciée ou d'une névrose caractérisée), soit prépsychotique ou narcissique, voire psychologique.

2) Discontinuité entre symptômes de l'enfance et pathologie de l'adulte

Cette discontinuité se marque de deux façons :

- les symptômes d'une série névrotique ne sont pas en général annonciateurs de la névrose correspondante de l'âge adulte. Par exemple, les manifestations obsessionnelles de l'enfance ne sont pas habituellement suivies par l'éclosion d'une névrose obsessionnelle chez l'adulte ;

- lorsqu'on suit l'évolution d'une névrose caractérisée, on observe un développement en deux temps séparé par une période dépourvue de symptomatologie. Le plus souvent, l'évolution se fait de la manière suivante :

- manifestations névrotiques variées pendant la période œdipienne (3 à 6 ans),
- période de latence sans manifestation névrotique apparente, mais avec des manifestations caractérielles et comportementales ou une inhibition ;
- éclosion de la névrose au cours de la puberté.

Nous reviendrons lors de l'étude théorique sur cette évolution en deux temps qui correspond à la notion « d'après coup » de Freud.

3) Evaluation des symptômes

Devant les symptômes névrotiques de l'enfant, il est essentiel d'évaluer *leur signification pronostique*. C'est de cette évaluation plus que de la nature même des symptômes que découleront les mesures thérapeutiques. Il est le plus souvent nécessaire de suivre l'enfant pendant un certain temps pour faire cette évaluation, afin d'avoir une idée du génie évolutif des symptômes et de leur réversibilité.

Nous avons abordé ce problème de l'évaluation des symptômes dans le chapitre « problème du normal et du pathologique » auquel nous renvoyons le lecteur. Nous rappellerons ici seulement quelques critères d'évaluation :

a) *les caractères cliniques des symptômes* : leur intensité (en se gardant toutefois d'identifier le caractère bruyant d'un symptôme avec sa signification psychopathologique) :

- leur fréquence, par exemple une terreur nocturne isolée n'a pas du tout la même signification que la répétition pendant deux mois, voire des années, de terreurs nocturnes chaque nuit,

- leur persistance au-delà de l'âge où ils sont les plus habituels : par exemple les phobies sont banales entre trois et six ans, mais beaucoup moins banales par la suite.

b) *les critères économiques et dynamiques* qui permettent de prévoir l'évolutivité des symptômes soit dans le sens d'une disparition complète, soit dans le sens d'une organisation pathologique. Rappelons que pour A. Freud, c'est l'aptitude ou l'inaptitude de l'enfant à progresser dans son développement qui est le critère principal. Elle propose d'apprécier la valeur pronostique des symptômes en fonction de :

- des anomalies du développement :

- progression inégale du développement pulsionnel et du développement du Moi,
- dysharmonie entre les « lignes du développement » (voir chapitre normal et pathologique),
- régressions permanentes qu'il faut distinguer des régressions temporaires et réversibles normales dans le développement,
- du type de l'angoisse et des conflits. Elle distingue des conflits extérieurs (entre le sujet et autrui), des conflits intériorisés (entre le Moi du sujet et l'intériorisation des exigences du milieu, le surmoi) et des conflits internes, les plus difficiles à faire évoluer (entre le ça et le Moi),
- des caractéristiques générales de l'enfant : tolérance envers la frustration, pouvoir de sublimation, capacité à maîtriser l'angoisse, équilibre entre tendance progressive et tendance régressive.
- des mécanismes de défense utilisés. Ils dépendent normalement de l'âge. Par exemple, déni et projection sont des mécanismes habituels dans la première enfance, mais franchement pathologiques plus tard.

4) Etats névrotiques et névroses proprement dites

Une névrose est plus qu'un simple symptôme ou même qu'un groupement de symptômes. Il s'agit en effet d'un mode stable de fonctionnement de la personnalité, c'est-à-dire non modifiable par le changement du contexte extérieur ou par le développement. Cela suppose une intériorisation des conflits et un certain achèvement de la personnalité ; en termes psychanalytiques, cela suppose la différenciation des instances psychiques (ça, moi et surmoi) et en particulier la mise en place du surmoi.

Entre les symptômes névrotiques entièrement réversibles de la petite enfance et l'organisation névrotique stable, il y a place pour une rubrique nosographique qui regroupe les cas où l'on observe des mécanismes névrotiques déjà organisés, mais où l'inachèvement de la personnalité rend incertain son mode d'organisation future. Ces troubles déjà organisés, non réservables spontanément tout en appartenant bien à une lignée névrotique, n'évoluent pas forcément vers la névrose correspondante. Ils peuvent évoluer vers des troubles du caractère par exemple. On peut parler d'états névrotiques ou même avec certains auteurs d'états « prénévrotiques », pour les distinguer des névroses caractérisées, à vrai dire peu fréquentes dans l'enfance.

5) Mixité des troubles névrotiques de l'enfance

Le plus souvent, les troubles névrotiques observés chez l'enfant appartiennent à plusieurs lignées névrotiques. On observe à la fois la coexistence chez le même enfant de symptômes et de mécanismes névrotiques appartenant à des lignées névrotiques différentes et la succession chez le même enfant de manifestations appartenant à différentes lignées névrotiques. Par exemple, des manifestations obsessionnelles peuvent s'associer ou succéder à des symptômes phobiques, des symptômes phobiques peuvent s'associer ou alterner avec des symptômes hystériques.

6) Relation avec des troubles névrotiques des parents

Il est fréquent qu'un trouble névrotique de l'enfant soit relié à une névrose de l'un ou l'autre des parents. Il s'établit des cercles vicieux qui induisent ou entretiennent les troubles névrotiques de l'enfant, soit que l'angoisse de l'adulte induise celle de l'enfant et inversement, soit que l'enfant s'identifie à l'adulte névrosé. Ce mécanisme est particulièrement évident à propos des phobies, mais il se voit également dans d'autres types de névroses, notamment l'hystérie.

7) L'éclosion des névroses

Les névroses telles qu'on les observe chez l'adulte n'apparaissent guère avant la fin de l'enfance. On peut repérer un certain ordre dans la date d'apparition des différentes névroses (S. Lebovici) :

- névroses hystériques pendant la période de latence,
- névroses obsessionnelles à la puberté ou même dès la fin de la latence,
- névroses phobiques au début de l'âge adulte (voire à l'adolescence),
- quant à la névrose d'angoisse, il semble qu'il n'y ait pas pour elle de solution de continuité entre les troubles observés pendant l'enfance et ceux de l'âge adulte.

B) LES GRANDES LIGNEES NEVROTQUES

Nous décrivons ici les manifestations se rattachant aux quatre grands types de névroses :

- névrose d'angoisse,
- névrose phobique,
- névrose obsessionnelle,
- névrose hystérique.

D'autres symptômes peuvent être rattachés à la pathologie névrotique, c'est le cas de certaines inhibitions qui ont été décrites au chapitre « les manifestations intra-psychiques » de volume I auquel nous renvoyons le lecteur. C'est le cas aussi des syndromes d'échec de l'adolescent qui seront écrits dans le chapitre consacré à la psychopathologie de l'adolescence.

Au cours de l'abord de chaque lignée névrotique, nous adoptons le même plan :

- sa définition,
- l'étude des manifestations symptomatiques d'allure névrotique chez l'enfant (c'est un rappel du premier volume),
- les caractéristiques des états névrotiques de l'enfance,
- le mode d'éclosion de la névrose proprement dite.

1) **Névrose d'angoisse**

a) DEFINITION

Le terme de névrose d'angoisse correspond à un état dans lequel l'angoisse est le symptôme principal. Elle se manifeste sous deux formes :

- des crises d'angoisse paroxystique qui associent deux types de phénomènes :
 - psychiques (sentiment d'intense malaise intérieur, de désarroi, de catastrophe imminente),
 - somatiques fonctionnels (dyspnée, tachycardie, troubles digestifs, troubles urinaires, tremblements, etc...).

● un fond permanent d'attente anxieuse. Le sujet est un éternel pessimiste, il prévoit toujours des obstacles, des complications, s'attend au pire, exerce une vigilance exagérée. Souvent il tend à se replier sur une existence protégée et routinière, dans une attitude de fuite exagérée.

Il s'y associe souvent des troubles du sommeil : insomnie d'endormissement, réveils nocturnes ou plus souvent éveil trop matinal, parfois hypersomnie qui cependant n'apporte pas le repos — une sensation permanente de fatigue — un tempérament hyperémotif, irritable — des troubles fonctionnels chroniques (digestifs, urinaires, céphalalgiques, etc...).

b) LES MANIFESTATIONS D'ANGOISSE CHEZ L'ENFANT

On peut avec J. de Ajuriaguerra distinguer :

1) Des réactions d'angoisse épisodiques : crises d'angoisse accompagnant certains épisodes médico-chirurgicaux et en particulier certaines affections fébriles ;

2) Des réactions d'angoisse aiguës : crises de panique intenses au cours desquelles l'enfant est terrifié, les yeux hagards, tremblant et transpirant et se plaignant de désordres fonctionnels divers, cardiaques, respiratoires, digestifs, etc... Ces crises, d'une durée variable, peuvent par leur intensité faire craindre une atteinte somatique : cardiaque, épileptique, asthmatique, gastro-intestinale (notamment une crise d'appendicite). Le contexte dans lequel elles surviennent est très utile pour reconnaître leur signification. On peut par exemple dans certains cas repérer que des crises surviennent le matin au moment où l'enfant doit partir à l'école, ou certains jours seulement à l'occasion par exemple d'une composition, d'un examen.

3) Un fond d'angoisse chronique : état d'inquiétude et de crainte permanent, peur de tout. L'enfant est sans cesse aux aguets, il vit dans un état de vigilance exacerbée. Souvent, il s'y associe des manifestations fonctionnelles : troubles du sommeil, troubles de l'appétit, dyspnée, tachycardie, douleurs abdominales, etc... Il est plus rare que l'enfant se plaigne de sensations d'angoisse constrictive comme l'adulte.

c) LES ETATS NEVROTQUES DE L'ENFANCE

L'angoisse est inhérente au développement de l'enfant. On ne pourra parler d'état névrotique que lorsque les mécanismes de défense contre l'angoisse sont durablement débordés.

Il y a deux façons de repérer dans l'enfance des « états névrotiques » d'angoisse :

- soit en suivant le point de vue de S. Freud sur les névroses actuelles définies par la transformation en angoisse d'une énergie pulsionnelle qui ne peut pas trouver de voie de décharge. C'est de cette façon que S. Lebovici et D. Braunschweig rapprochent les terreurs nocturnes de l'enfant de la névrose d'angoisse. On peut en effet interpréter l'angoisse de la terreur nocturne comme due à l'irruption pendant le sommeil d'une énergie pulsionnelle non maîtrisable ;

- soit en pointant la structuration de la personnalité sur le mode des réactions anxieuses aux circonstances de l'existence, structuration que l'on peut rapprocher d'une névrose de caractère. C'est ce que font H. Ey, Ch. Brisset et F. Bernard qui distinguent l'angoisse existentielle normale et l'angoisse pathologique par les critères suivants :

- cette dernière est anachronique en ce sens qu'elle fait revivre des situations passées et dépassées ;
- elle est fantasmatique en ce sens qu'elle est engendrée non par la situation réelle, mais par la représentation imaginaire d'un conflit inconscient ;
- elle est stéréotypée ou répétitive, c'est-à-dire qu'elle est enracinée dans le caractère de l'individu.

d) L'ECLOSION DE LA NEVROSE D'ANGOISSE

De toutes les formes de névroses, la névrose d'angoisse est probablement celle pour laquelle il y a le moins de solutions de continuité entre l'enfance et l'âge adulte. Il y a des sujets qui, aussi loin qu'ils se souviennent, ont vécu dans l'angoisse. « Dès l'enfance, écrivent Ey, Brisset et Bernard, le sujet a manifesté une tendance à l'inquiétude, aux positions de repli et a demandé sans cesse protection. La mère, la sœur aînée, les professeurs, les amis, les patrons, etc... deviennent les supports nécessaires à sa sécurité ».

Il semble ne pas y avoir dans ces cas de période de latence entre les manifestations névrotiques de la petite enfance et l'éclosion de la névrose à la puberté ou à l'adolescence. L'angoisse est véritablement inscrite depuis l'enfance dans la personnalité du sujet. Il faut noter que la névrose d'angoisse elle-même est généralement considérée comme la traduction de l'absence d'une structure névrotique suffisamment élaborée.

EXEMPLE CLINIQUE

R. est amenée à consulter à l'âge de 10 ans pour un problème d'insomnies. Elle se met au lit vers 20 h 30, elle lit jusqu'à vers 21 h 30, puis elle éteint mais elle ne trouve pas le sommeil. Les parents ont pensé améliorer son endormissement en la mettant dans la chambre de sa sœur aînée, mais en fait c'est elle qui empêche sa sœur de s'endormir en l'appelant. Elle ne s'endort jamais avant 23 H et parfois ne s'endort que vers 2 ou 3 heures du matin.

Les parents ont remarqué que R. était anxieuse dès l'âge de 18 mois : elle commençait à marcher et se retournait tout le temps pour regarder derrière elle.

A trois ans, elle était mise à l'école et s'est adaptée difficilement, elle a pleuré pendant au moins trois mois tous les matins. Pendant l'été suivant ses trois ans, elle a assisté avec ses parents à une manifestation de vols d'avion. Elle a eu très peur d'un avion à réaction qui piquait vers la foule et par la suite, a gardé une très intense phobie des avions.

Les parents n'ont pas remarqué d'autres phobies, mais ils disent qu'elle n'accepte pas de sortir, qu'elle ne veut jouer qu'à l'intérieur de la maison et qu'elle ne recherche pas beaucoup les contacts avec ses camarades.

Elle rapporte des cauchemars : elle voit un homme qui veut tuer tout le monde, qui la poursuit ou encore elle veut monter sur une marche, mais c'est un tapis roulant et elle ne veut pas mettre le pied dessus.

R. est la troisième de trois enfants. Les parents disent qu'ils l'ont conçue dans une période difficile pour eux car le père venait d'avoir un accident du travail qui a entraîné l'amputation de plusieurs de ses doigts. Il n'a jamais pu accepter cet accident. Il est resté très déprimé au moins un an à la suite de cela et il a dû changer de travail.

Au total, R. souffre de symptômes anxieux depuis sa toute petite enfance. Ses insomnies actuelles sont liées à une angoisse précise qui est une angoisse de mort ; elle dit en effet qu'elle ne supporte pas de voir quelqu'un d'autre dormir, c'est pourquoi elle réveille sa sœur et elle rapporte qu'elle a vu un petit garçon sur son lit de mort, qu'un de ses camarades est décédé il y a un an. Les insomnies se sont d'ailleurs déclenchées au moment où on craignait dans la famille de perdre la grand-mère maternelle de R. qui était gravement malade.

Son angoisse ne s'est pas organisée sur un mode phobique ou sur un mode obsessionnel. Ce mode d'organisation reste possible, mais en leur absence on peut parler chez R. de « névrose d'angoisse ».

2) **Névrose phobique**

a) DEFINITION

La névrose phobique se définit par trois éléments :

— les phobies elles-mêmes qui sont des peurs paniques et irraisonnées devant des objets ou des situations qui ne correspondent à aucun danger réel. Elle peuvent revêtir des formes innombrables. Les formes les plus caractéristiques sont les phobies de situation (agoraphobie, claustrophobie, vertiges d'altitude, phobies des transports) et les phobies d'animaux ;

— des conduites d'évitement qui consistent à éviter à tout prix l'objet ou la situation phobogène. L'évitement est souvent fortement rationalisé et pourra masqué à soi-même et surtout à l'entourage les aspects les plus irrationnels ;

— les conduites de réassurance et en particulier l'utilisation d'un objet (chose ou personne) « contraphobique » qui permettent d'affronter l'objet ou la situation phobogène sans angoisse.

b) LES MANIFESTATIONS PHOBQUES CHEZ L'ENFANT

Les phobies sont d'une extrême fréquence et de significations très diverses pendant l'enfance. Sous une forme mineure, la peur du noir par exemple, il est vraisemblable qu'elles sont constantes. D.W. Winnicott a même dit que leur absence totale risquait d'être un signe de troubles psychiques dans la mesure où l'enfant est alors incapable de reconnaître son angoisse du fait même de l'intensité de celle-ci. Il doit alors la nier en permanence.

On a repéré une succession de types de phobies suivant l'âge (J. Mallet) :

- phobies du noir et terreurs nocturnes à partir de l'âge de 2 ans ;
- phobies des gros animaux vers 3 ans ;

- phobies des petits animaux vers 4 ans ;
- phobies de situation vers 5 ans.

Cette succession chronologique n'est pas universellement admise. Certains auteurs pensent que le contenu des phobies infantiles est surtout lié au contexte culturel (R. Diatkine, M. Eck). La peur du loup en est le meilleur exemple. On voit mal comment expliquer sa fréquence chez les enfants d'aujourd'hui, autrement que par la signification qu'a prise dans notre culture l'image du loup.

A côté de ces phobies bien circonscrites, on peut voir chez l'enfant des phobies mal organisées, très envahissantes ou d'un caractère très bizarre (S. Lebovici par exemple cite un cas de phobie de l'absence de bruit que fait la neige en tombant). Ce genre de phobie a beaucoup plus la valeur d'un symptôme prépsychotique ou psychotique que d'un symptôme névrotique.

A l'adolescence, il est fréquent de rencontrer des phobies portant sur le corps propre : éreutophobie ou phobie de rougir, dysmorphophobies qui sont en fait, plutôt que de véritables phobies, des craintes obsédantes d'être mal formé, laid, dysgracieux, d'avoir un organe anormal (le plus souvent il s'agit du nez ou du pénis), nosophobie ou crainte des maladies.

c) LES ETATS NEVROTQUES DE L'ENFANCE

Des manifestations phobiques variées sont fréquentes dans les états névrotiques de l'enfance, notamment pendant la période de latence où normalement elles ne sont pas ou peu présentes.

On a décrit des organisations phobiques déjà structurées chez de très jeunes enfants dès l'âge de 2 ans 1/2 (A. Schurmann - 1947). Le cas le plus célèbre est celui du petit Hans qui avait développé à l'âge de 5 ans une phobie des chevaux.

Le plus souvent ces phobies succèdent à des terreurs nocturnes ou à des rêves d'angoisse. J. Mallet (1955) a clairement indiqué cette séquence : l'enfant, après un ou plusieurs cauchemars, devient phobique de certaines situations qui jusque-là ne déclenchaient aucune angoisse ; il a peur du noir, puis peur des plages obscures, puis des espaces dissimulés, puis des espaces derrière soi. Mallet interprète ces peurs comme liées à la perte de la maîtrise visuelle qui a été vécue dans l'expérience onirique angoissante. L'enfant en quelque sorte aurait été la victime passive de l'irruption d'images terrifiantes et pour éviter le retour de cette situation, chercherait à maîtriser visuellement l'espace. Ce n'est que plus tard qu'il peuplerait cet espace d'objets phobogènes sur lesquels se focalise l'angoisse.

Les phobies scolaires sont une des formes fréquentes d'organisation phobique de l'enfance. Elles surviennent le plus souvent à la fin de la scolarité primaire, après 8-9 ans. Nous les décrivons en détail dans le chapitre consacré à la pathologie de l'enfant d'âge scolaire.

Souvent, les phobies de l'enfant prennent le masque d'une instabilité psychomotrice, d'une inhibition de troubles du comportement ou du caractère. Il est fréquent que les adultes méconnaissent les mécanismes phobiques sous-jacents à ces troubles.

EXEMPLE CLINIQUE

Voici le cas d'une jeune pré-adolescente de 13 ans 1/2 qui a présenté un syndrome phobique intense dans les circonstances suivantes : elle devait absorber une dose de vaccin qui lui est restée collée au palais, elle a eu très peur, elle a pensé qu'elle étouffait. Par la suite elle n'a pu avaler et elle est restée pendant 15 jours sans rien manger et en avalant seulement quelques gorgées de liquide. Elle a ensuite pu recommencer à avaler, mais seulement des aliments mixés. Elle a perdu 5 kilogrammes en un mois.

Dans ses antécédents on note surtout que A. a assisté à des crises violentes chez son père qui souffre d'une hypochondrie. Il se croit atteint de cancer et refuse un traitement psychiatrique. Depuis notamment une crise qui s'est déroulée lorsque A. avait huit ans, elle a fait de très nombreux cauchemars presque toutes les nuits, elle est devenue triste, et inquiète notamment au sujet de son travail scolaire.

Il y a un an la mère s'est séparée du père. Elle avait de plus en plus peur de son mari, et lui reprochait de refuser les soins psychiatriques. Pendant les premiers mois de la séparation tout s'est bien passé, mais A. a été en colonie de vacances, et un soir elle a eu une très vive frayeur, elle a pensé que son père rôdait autour de la colonie et à la suite de cela, elle fait une série de cauchemars.

Il est à noter aussi que sa phobie de déglutition est apparue quelques mois après ses premières règles.

À l'examen, elle se présente comme une pré-adolescente très émotive, mais de bon contact. Elle raconte 2 cauchemars. Dans le premier, il y avait un garçon et une fille à peu près du même âge, ils étaient perdus, dans la nature, ils trouvaient une maison, mais ils en étaient rejetés. Après cela, ils arrivaient dans une ville, montaient au sommet d'un gratte-ciel, et voyaient alors toute la ville en feu. Dans le second cauchemar, elle était enfermée dans une voiture qui prenait feu. Elle nous apprend à ce sujet qu'elle a très peur du feu et cela depuis sa petite enfance, que par exemple elle ne peut pas rester dans une pièce dont les issues ne sont pas très faciles, de peur du feu.

d) L'ECLOSION DE LA NEVROSE PHOBIQUE

La névrose phobique éclot relativement tard dans l'existence du sujet, à l'adolescence parfois, plus souvent au début de l'âge adulte.

S. Freud avait dit de la phobie qu'elle était la névrose la plus habituelle à l'enfant et la plus précoce. L'étude longitudinale des phobies de l'enfant et la reconstitution de l'anamnèse des phobies adultes a montré que les névroses phobiques évoluaient en deux temps : le plus souvent on retrouve des phobies de la petite enfance, des terreurs nocturnes ou des rêves d'angoisse. Lors de la période de latence les phobies disparaissant, l'enfant paraît bien adapté au pris soit d'un caractère phobique, soit au contraire de comportement de déficit contraphobique.

C'est en général, à l'occasion d'une étape significative de l'existence du sujet, sociale, professionnelle, affective, sexuelle, que se rompt l'équilibre du système caractériel et qu'éclate la névrose phobique.

3) Névrose obsessionnelle

a) DEFINITION

La névrose obsessionnelle est caractérisée par :

1) des symptômes :

- irrutions répétitives et lancinantes de pensées, de représentations, ou de groupes de représentations connotées par des sentiments pénibles contre lesquels le sujet se défend :

- soit par des mécanismes mentaux, qui ont pour but d'écarter, de conjurer, ou de maîtriser ses pensées et ses représentations : suite de mots, arithmomanie, pensées conjuratoires, ruminations mentales ;
- soit par des comportements ayant la même signification (actes conjuratoires, rituels, comportements vérificateurs).

- L'angoisse qui accompagne les pensées et les représentations obsédantes est parfois très vive, survient par crise aiguë et peut aboutir à des sentiments de dépersonnalisation.

- Le sujet toutefois reste conscient de la morbidité de ses troubles et garde une perception claire de la réalité sans confusion mentale.

2) un fond de personnalité névrotique : tendance aux scrupules, à l'aboulie, au doute, tendance aux crises de conscience morale, timidité et inhibition dans les contacts sociaux, tendance à l'introspection et à l'auto-analyse de la vie intérieure.

b) MANIFESTATIONS OBSESSIONNELLES CHEZ L'ENFANT

En suivant la description de S. Lebovici et R. Diatkine, on peut repérer suivant l'âge les symptômes suivants :

- dans la petite enfance, des rites apparaissant dès la 1^{re} année ; l'enfant de manière répétitive fait tomber un objet pour qu'on le ramasse ;

- dans la deuxième année, des rites accompagnant un apprentissage sphinctérien ; l'enfant refuse de faire dans un autre pot que le sien, il veut que son pot soit placé à une certaine place, il veut avoir tel ou tel jouet avec lui etc. ;

- à partir de la troisième année, les rites du coucher ; l'enfant exige que ses jouets soient placés d'une certaine manière, que sa mère vienne lui dire bonsoir plusieurs fois, lui apporte un verre d'eau etc. ;

- plus rarement, on observe dès les premières années des ritualisations obsessionnelles très importantes qui sont d'un mauvais pronostic et signant plutôt une évolution psychotique ou prépsychotique qu'une évolution névrotique ;

- à la période œdipienne, la symptomatologie obsessionnelle cède en général le pas à une symptomatologie phobique. On peut voir cependant persister des rituels et notamment des rituels du coucher ;

- pendant la période de latence, le Moi établit des défenses qui ont pour but de tenir à distance les pulsions et de les isoler (A. Freud). On peut dire que le Moi de cette période est spécifiquement obsessionnel (S. Lebovici et R. Diatkine). On peut distinguer trois éventualités :

- on discute la valeur obsessionnelle de symptômes en apparence bénins, persistance de rites de la première enfance, marotte telle les collections de timbres, de buvards etc., ou encore de tics qui ont une signification variée : parfois ils ne sont pas obsédants, et ils s'intègrent dans un tableau d'instabilité motrice ; parfois ils sont franchement obsédants, parfois ils ont une allure bizarre ou très expressive et sont de pronostic sévère ;
- le psychiatre découvre à l'occasion de troubles du comportement des signes de la série obsessionnelle qui n'ont pas motivé la consultation (rites du coucher élaborés, comportement vérificateur, idées obsédantes sur la maladie, la mort, examen de conscience répété, scrupules excessifs), ou encore un tableau de caractère obsessionnel : méticulosité, souci exagéré de la propreté, dessin obsessionnel, superstition, rite conjuratoire ;
- l'enfant présente un tableau d'obsession véritable, de pensée, de représentation obsessionnelle souvent associé à des phobies gravement invalidantes.

- A l'adolescence, on rencontre :

- des préoccupations métaphysiques, des scrupules excessifs, une masturbation compulsive culpabilisée ;
- l'éclosion d'une névrose obsessionnelle telle qu'elle se voit chez l'adulte ;
- des manifestations obsessionnelles d'allure bizarre, rationalisées ou s'accompagnant d'expérience de dépersonnalisation qui font plutôt penser à une évolution psychotique ;
- certains comportements antisociaux d'allure compulsive (kleptomanie, fugue, exhibitionniste) ;
- plus rarement, des traits de caractère obsessionnel.

c) LES ETATS NEVROTQUES DE L'ENFANCE

Parmi ces manifestations obsessionnelles, celles qui permettent de parler d'états névrotiques sont :

- *des traits du caractère obsessionnel*, méticulosité, soucis excessifs du rangement et de la propreté, parcimonie, s'accompagnant d'un certain degré de sentiment de contrainte interne et de souffrance psychique ;

— *des symptômes obsessionnels* caractérisés par leur aspect compulsif, s'accompagnant d'angoisse, d'un sentiment de contrainte, mais avec une conscience claire et sans rupture de contact avec la réalité. On peut voir dans ce cadre, chez l'enfant, à partir de la période de latence, des manies de lavage des mains, des manies de rangement, des rituels du coucher, des préoccupations obsédantes concernant la maladie, la mort, la pureté morale et physique, qui viennent le plus souvent au coucher, des préoccupations anxieuses concernant l'école qui surviennent surtout le matin.

A partir de la puberté, on observe des conduites masturbatoires compulsives accompagnées de fantasmes sado-masochistes très culpabilisées, des préoccupations métaphysiques angoissées, plus rarement des actes compulsifs anti-sociaux.

C'est cette dernière éventualité qui se rapproche le plus de la névrose obsessionnelle de l'adulte, et qui souvent, en annonce le début.

— Un certain degré d'*inhibition* intellectuelle, souvent masquée par la réussite scolaire, est habituel. L'inhibition relationnelle est de même fréquente.

EXEMPLE CLINIQUE

Voici l'exemple d'un petit garçon de huit ans, vu pour des troubles d'apprentissage scolaire, et dont l'examen psychiatrique révèle des mécanismes obsessionnels.

Il redoute son cours préparatoire, il lit mal et fait beaucoup de fautes d'orthographe, il est assez inattentif, bien que sûrement doué sur le plan intellectuel. Ses antécédents sont banaux, il est l'aîné de deux, il a un frère âgé de cinq ans.

Sa mère travaille par épisode, elle l'a confié à une gardienne dans la journée, toujours la même, pendant les périodes où elle travaillait. Il a été mis à l'école vers 3 ans, il est bien adapté. Pendant toute l'école maternelle, on n'a rien signalé aux parents, c'est à l'arrivée à la grande école qu'on leur a signalé des difficultés d'apprentissage scolaire. Dans l'anamnèse, l'élément le plus important est la maladie psychiatrique du père qui semble souffrir d'une grave névrose obsessionnelle. Il reçoit un traitement chimiothérapique intense, il est fortement ralenti. Il a cessé de travailler, il y a six mois et plus, il reste presque inactif.

R. a une communication pauvre, bien que le contact soit bon. Il se livre le moins possible, il fait un dessin très formel, un bateau où il ne met personne, ce bateau ne va nulle part. Il dit seulement qu'il ne va pas trop loin parce que c'est dangereux. Puis R. se met à compter, nous lui demandons ce qu'il compte, il compte les tocs que font les gouttes de pluie en tombant sur les carreaux, puis les livres qu'il y a dans la bibliothèque, puis d'autres choses ; pendant la plus grande partie de la consultation, il se livre à cette activité d'arithmomanie. Il me dit qu'il a une certaine difficulté à s'endormir le soir, et qu'il compte pour s'endormir. Quelquefois il fait des rêves, ce sont des rêves où il s' imagine chez sa grand-mère où il aime beaucoup aller. Il est à noter que le petit frère de R. a été élevé jusqu'à l'âge de 5 ans par sa grand-mère et que R. le jalousait beaucoup.

Au total, il semble que cet enfant ait déjà mis en place des mécanismes obsessionnels assez serrés, qui gênent son contact et probablement aussi son activité intellectuelle à l'école.

d) L'ECLOSION DE LA NEVROSE OBSESSIONNELLE

La névrose obsessionnelle proprement dite éclate en général à l'adolescence ou à la puberté ; ce sont les sujets qui jusque-là étaient des enfants turbulents et opposants. Assez brusquement ils s'assagissent, leurs troubles du caractère et du comportement s'estompent pour faire place à des anxiétés, des doutes, des scrupules incessants.

Très fréquemment, c'est le début de l'activité masturbatoire de la puberté qui paraît l'élément déclenchant des manifestations obsessionnelles. L'enfant lutte contre ses fantasmes masturbatoires à tendance agressive et fortement culpabilisées.

Souvent aussi, le début de la névrose obsessionnelle s'accompagne de préoccupations phobiques concernant les microbes, les maladies, la saleté.

4) Névrose hystérique

a) DEFINITION

La névrose hystérique se caractérise par l'association (ou l'alternance) de deux types de manifestations : les symptômes névrotiques proprement dits, les traits de la personnalité hystérique.

● *Les symptômes de conversion hystérique*

La conversion est l'expression à travers le corps, dans le langage du corps, des conflits psychiques. Elle survient sur le fond de la personnalité hystérique quand le sujet est confronté à un conflit interne. Le symptôme de conversion exprime symboliquement à la fois la pulsion et l'interdit qui s'y oppose. Il est la source de « bénéfices secondaires », c'est-à-dire d'une position par rapport à autrui (dépendance, intérêt, pitié) que l'hystérique recherche, qui le soulage de son angoisse ; malgré la gêne fonctionnelle parfois importante qu'ils provoquent, l'hystérique tient à ses symptômes de conversion.

On distingue des troubles paroxystiques, des troubles durables :

— *troubles paroxystiques*

La « Grande crise » pseudo-épileptique a été systématisée par M. Charcot sur le modèle de la crise de Grand Mal.

Mais on voit plus fréquemment des crises atténuées : crises pseudo-épileptiques mineures, crises syncopales, crises avec tremblements, mouvements anormaux pseudo-choréiques, ou bien encore des accès de bâillement ou de hoquet. Citons encore de rares états crépusculaires, des « états seconds », des amnésies paroxystiques, des attaques d'allure cataleptique (sommeil hystérique).

— *Des troubles durables*

On peut observer :

a) des désordres tonico-moteurs : des paralysies fonctionnelles, c'est-à-dire atteignant une fonction donnée, par exemple la marche (astasia-abasie) ou localisée et caractérisée par une distribution qui ne correspond pas à l'anatomie scientifique, mais à l'anatomie populaire ou imaginaire personnelle du sujet — des contractures, des spasmes musculaires ;

b) des troubles sensitifs ou sensoriels : des anesthésies, des hyperesthésies, des troubles sensoriels (troubles de la vue, amaurose, surdité, anosmie, aphonie) ;

c) des manifestations viscérales : certains spasmes digestifs, œsophagiens par exemple, certains vomissements, certains syndromes douloureux urinaires ou génitaux ;

b) des manifestations psychiques : les troubles de la mémoire sont très habituels chez les hystériques ; ils peuvent aller des grandes « amnésies hystériques » portant sur des périodes entières de l'existence à des amnésies mineures sur des faits isolés ; il peut encore s'agir bien plus rarement d'ecmésies (les souvenirs surgissent ailleurs qu'à leur place) ou d'illusions mnésiques, voire de l'hallucino-hystérique qui consiste en l'apparition d'images, masques grimaçants, grosses têtes effrayantes ; ces dernières surviennent le plus souvent le soir au moment de l'endormissement ou lors de la résolution des troubles paroxystiques.

● *La personnalité hystérique*

L'hystérique est comme à la recherche de son propre personnage qu'il cherche dans l'opinion et dans le regard de l'autre. Il attribue une importance exagérée à l'opinion d'autrui qui d'ailleurs ne le rassure jamais tout à fait sur lui-même. Ce fond de personnalité se traduit par des traits qui traduisent l'incertitude du sujet sur lui-même et sa quête d'identification : suggestibilité — théâtralisme — exagération des attitudes et des affects — exaltation imaginative — dépendance affective, souci de plaire et de séduire, lequel on va le voir est la marque d'une problématique sexuelle génitale conflictuelle.

b) MANIFESTATIONS D'ALLURE HYSTERIQUE CHEZ L'ENFANT

1 — Il est très habituel de rencontrer chez l'enfant, surtout chez la petite fille, les traits de personnalité précédemment décrits : suggestibilité, tendances à l'imitation, hyperémotivité, exaltation imaginative. Ces traits ont été décrits par E. Dupré sous le nom de « mentalité prélogique », qui disparaît vers 7-8 ans.

2 — Le corps est très fréquemment utilisé chez l'enfant pour exprimer sa souffrance, son angoisse. Le corps sert à l'enfant de « médiateur » entre lui et sa mère (L. Israël et coll.).

Ces manifestations somatiques sont, nous l'avons vu : anorexies, vomissements, douleurs abdominales, céphalées, spasmes du sanglot, troubles du sommeil, etc. Mais ils ne relèvent pas tous, nous l'avons longuement discuté au chapitre « troubles psychosomatiques », d'un mécanisme hystérique.

Les « crises de nerfs » sont d'autant plus fréquentes et intenses que l'enfant est plus jeune. Elles se manifestent par des cris, des pleurs, des chutes, de l'agitation motrice. Mais là encore, il ne faut pas confondre décharge motrice et expression somatique symbolique dans la motricité.

De manière générale, on peut remarquer l'usage quelque peu abusif du terme d'hystérie chez l'enfant : tantôt on qualifie d'hystériques des bénéfices secondaires d'une authentique affection somatique ; toute affection somatique, surtout chez l'enfant jeune, est source de bénéfices secondaires. Tantôt on confond manifestations hystériques et simulation consciente. L'enfant peut, soit pour obtenir des avantages, soit pour échapper à une situation pénible, simuler la maladie. Le cas le plus fréquent est la simulation de la fièvre obtenue par des manœuvres sur le thermomètre. Tantôt on parle « d'enfant hystérique » à propos de fillettes un peu trop coquettes et provocantes qui déclenchent des contre-attitudes chez le clinicien, mais qui n'ont pas une personnalité organisée sur un mode névrotique. Enfin, certaines mythomanies sont beaucoup plus dans un registre pervers voire psychotique.

c) LES ETATS NEVROTQUES DE L'ENFANCE

A. Freud a décrit des organisations hystériques chez de très jeunes enfants. Elle cite un cas d'anorexie hystérique chez un enfant de 27 mois. Pour elle, l'organisation hystérique liée au refoulement est la première forme d'organisation névrotique chez l'enfant. S. Lebovici et D. Braunschweig sont aussi d'avis que l'hystérie est la première forme d'organisation névrotique observable.

En pratique, on est amené à rencontrer des conversions somatiques évoquant l'hystérie assez tôt : 4-5-6 ans.

Ces opinions ou constatations ne s'accordent pas avec ce qu'écrivait S. Freud. Pour lui, en effet, les racines de l'hystérie plongent dans la petite enfance (dès la deuxième ou troisième année) ; la névrose ne devient manifeste « qu'après coup » au moment de la puberté, quand les traumatismes de nature sexuelle de la petite enfance prennent leur sens sous l'influence de la poussée pulsionnelle. Freud admettait toutefois qu'il pouvait y avoir chez les enfants au développement sexuel prématuré des hystéries dès l'âge de 8 ans. Là où tout le monde s'accorde avec Freud, c'est sur la place centrale d'une problématique sexuelle phallique et d'un conflit œdipien fort angoissant dans l'hystérie.

Ce qui est assez particulier à l'enfant, ce sont les conditions d'apparition du trouble. En effet souvent la circonstance déclenchante d'un symptôme hystérique est claire : conflit familial ou scolaire par exemple. Ce peut être aussi un traumatisme corporel ou une maladie qui induit secondairement une symptomatologie hystérique imitant les troubles liés au traumatisme ou à la maladie, bien au-delà de la période de souffrance physique. L'atteinte somatique joue le rôle d'un point d'attraction et de fixation du symptôme hystérique, rôle qui a été décrit sous le nom de « meipragie d'appel » par L. Michaux. On peut aussi parler d'hystérisation secondaire. C'est notamment le cas d'enfants épileptiques chez lesquels les crises d'hystérie imitent les crises d'épilepsie et alternent avec celles-ci.

Enfin, l'imitation par l'enfant de manifestations hystériques est une éventualité fréquente. L'enfant imite un trouble vu chez l'un des parents ou chez un camarade. Cette contagiosité des symptômes hystériques explique les célèbres épidémies de pensionnat qui se voient surtout chez les filles.

En clinique psychiatrique, on est amené à évoquer l'hystérie en fonction du contexte psychopathologique devant :

- certains mutismes complets, c'est-à-dire qui se manifestent aussi bien dans le milieu familial que dans le milieu extra-familial (les mutismes extra-familiaux sont plutôt de nature phobique),

- certaines inhibitions portant sur les apprentissages scolaires avec troubles de la mémorisation, amnésies en secteur, défaut d'attention.

- et bien sûr, des véritables symptômes de conversion somatiques qui sont plus fréquents chez l'enfant qu'on ne le dit habituellement. On observe surtout des aphonies, des paralysies ou des boiteries, des troubles sensoriels, des algies diverses.

L'hystérie à l'adolescence se rapproche de la névrose de l'adulte. Il n'est pas rare toutefois d'observer des formes atypiques qui font d'ailleurs craindre une entrée dans la schizophrénie. Il faut signaler aussi la grande fréquence des tentatives de suicide, surtout chez les adolescentes. Le plus souvent ce sont des tentatives sans grand danger par absorption médicamenteuse et dont la signification d'appel à l'aide est évidente. Il ne faut pas cependant sous-estimer la gravité de ces tentatives de suicide.

EXEMPLE CLINIQUE

V. est une petite fille de 7 ans 1/2 qui a été admise dans le service de pédiatrie pour des céphalées accompagnées d'une attitude défléchie de la tête. Ces céphalées ont débuté brusquement il y a quelques jours. Elles entraînent une difficulté à marcher. V. se déplace avec précaution dans une attitude cambrée, la tête très redressée. Cet état est impressionnant et fait craindre un processus expansif intra-crânien et même un début d'engorgement.

Ses antécédents sont les suivants : c'est une fille de mère célibataire. Les parents ont été fiancés, mais pendant les fiançailles le père a eu un très grave accident dans lequel il a perdu l'un de ses meilleurs camarades. Lui-même a été gravement blessé et garde des séquelles très importantes. De ce fait, le mariage ne s'est pas fait et le père continue à venir de temps en temps voir la mère. V. le connaît sans savoir qu'il s'agit de son père.

Au moment de son hospitalisation, V. se trouvait chez sa grand-mère maternelle en vacances. Elle a eu à plusieurs reprises des épisodes comparables : une autre fois, lorsqu'elle se trouvait chez la même grand-mère, elle a eu des maux de tête violents ; il y a quelques mois, alors que sa grand-mère était venue lui rendre visite chez elle, elle a eu des douleurs abdominales qui ont provoqué une appendicectomie.

La grand-mère elle-même souffre de céphalées et de douleurs lombaires.

Lors de l'entretien avec V., on est frappé par le contraste entre son attitude très souffrante lorsqu'on lui demande par exemple de marcher et le dialogue qui s'établit très facilement lorsque V. est couchée et qu'elle semble avoir oublié sa douleur. D'emblée le contact est bon, un peu séducteur, V. s'exprime très bien. Il s'agit d'une enfant supérieurement intelligente qui a de nombreux intérêts et une conversation nettement en avance sur son âge.

Dans l'heure qui a suivi le premier entretien, le symptôme de conversion a complètement disparu.

On peut retenir à l'origine de ce symptôme :

- d'une part le fait que la grand-mère soit une personne assez anxieuse et qui souffre elle-même de troubles fonctionnels assez semblables à ceux que V. présentait ;

- d'autre part le fait que V. se soit trouvée à ce moment séparée de sa mère pour une longue période et cela pour la première fois ;

enfin, ses antécédents, familiaux notamment et en particulier l'inconnue de sa part au sujet de son père et l'atteinte corporelle très grave qui ont sûrement beaucoup perturbé ses mécanismes d'identification.

d) L'ECLOSION DE LA NEVROSE HYSTERIQUE

La névrose constituée éclot sur un fond de personnalité hystérique. Sa survenue peut être assez précoce dès la période de latence, plus précoce que celle des névroses phobiques et obsessionnelles. Il n'est pas rare de retrouver dans l'anamnèse des hystériques adultes des manifestations hystériques pendant l'enfance.

III - ETUDE THEORIQUE

A) THEORIE PSYCHANALYTIQUE

1) La théorie Freudienne

Dans la théorie psychanalytique les symptômes névrotiques ont un sens latent, comme les actes manqués et les rêves. Ce sens est lié à la *sexualité infantile*. On peut résumer ainsi la genèse d'une organisation névrotique telle qu'elle est décrite par S. Freud (« Introduction à la Psychanalyse »). L'enfant accède à l'organisation œdipienne, qui implique la reconnaissance de la différence des sexes, des relations sexuelles entre les parents (qui donne naissance aux fantasmes de scènes primitives et aux théories sexuelles infantiles). L'organisation œdipienne le confronte à une ambivalence très vive à l'égard du parent du même sexe, c'est-à-dire à la coexistence entre un attachement tendre et un sentiment de rivalité aiguë. L'enjeu de ce conflit est la « castration imaginaire » : l'enfant imagine qu'il est menacé d'être privé de toute possibilité de plaisir et de l'organe même du plaisir sexuel, par le parent de même sexe, en punition de ses sentiments amoureux pour le parent de l'autre sexe et agressifs pour le parent du même sexe (nous ne reviendrons pas ici sur les vicissitudes de l'angoisse de castration chez le garçon et chez la fille).

Confronté à l'angoisse de castration, l'enfant régresse vers des points de fixation prégénitaux de sa sexualité. Freud a décrit une organisation et un développement très complexes de la sexualité infantile, qui s'investit successivement dans des zones érogènes privilégiées (orale, anale et urétrale, puis génitale) et qui se manifeste sous la forme de « pulsions partielles » (cf. Tome I, développement affectif). Les pulsions partielles s'étaient sur telle ou telle zone érogène, fonctionnent d'abord indépendamment les unes des autres, et normalement tendent à s'unir sous le « primat de la génitalité ». On peut citer parmi les pulsions partielles les couples sadisme/masochisme, voyeurisme/exhibitionnisme, la pulsion d'emprise, etc.

Chaque pulsion partielle se définit, soit par la zone érogène sur laquelle elle s'étaie, soit par son but (par exemple la pulsion d'emprise). L'enfant soumis au régime des pulsions partielles est, dit Freud, un « pervers polymorphe » ; en effet ce sont ces pulsions partielles, non unifiées, ni refoulées, qui sont la source des perversions sexuelles de l'adulte.

Au cours de son développement, l'enfant peut fixer une partie de sa libido à une zone érogène et à une pulsion partielle. Cette fixation peut se faire, soit sous l'influence de la constitution de l'enfant, soit sous celle d'un événement de son histoire, notamment une expérience de séduction sexuelle par un adulte ou un enfant de son entourage. Le retour de la libido à un point de fixation a été nommé par Freud « régression ».

La libido ainsi ramenée à un point de fixation prégénital s'exprimerait sous la forme d'une perversion sexuelle, si elle ne subissait un refoulement ; d'où la phrase de Freud « la névrose est, pour ainsi dire, le négatif de la perversion » (« Trois essais sur la théorie de la sexualité »).

Le refoulement est lui-même un phénomène complexe, qu'il faut décrire en trois phases (cf. « Le refoulement » Freud, 1915 et le « Vocabulaire de la Psychanalyse » de J. Laplanche et J.B. Pontalis).

a) le refoulement originaire, ou primaire, qui porte sur les représentants de la pulsion qui n'accèdent pas à la conscience, et auxquels la pulsion reste fixée. Ce refoulement primaire constitue un premier noyau inconscient qui fonctionne comme point d'attraction vis-à-vis des représentations, qui subiront le refoulement secondaire ;

b) le refoulement secondaire, qui s'opère sous l'influence conjointe de l'attraction par le refoulé primaire et de la répulsion de la part d'une instance interdictrice (interdits parentaux d'abord, Surmoi ensuite) ;

c) le retour du refoulé, qui est à l'origine des symptômes névrotiques, ainsi que des actes manqués et des rêves. C'est l'insuffisance du refoulement secondaire qui en est la cause, laissant échapper

des représentations interdites, sources d'angoisse, et donnant naissance aux symptômes, qui sont des réalisations symboliques par déplacement et condensation, à la fois de la pulsion refoulée et de l'instance interdictrice. Ils ont valeur de *compromis entre pulsion et interdit*.

Freud insiste sur les phénomènes d'« après-coup », qui s'observent dans la genèse d'une organisation névrotique : un traumatisme de l'enfance, une séduction sexuelle par exemple, laisse sa trace dans la mémoire de l'enfant, mais ne prend pas tout de suite sa pleine signification traumatique. Ce n'est qu'après coup, et en général sous l'effet de la poussée pulsionnelle de la puberté, que cette valeur se révèle, que le souvenir du traumatisme devient lui-même traumatique, et que le psychisme doit organiser des défenses pour s'en protéger.

La notion de *Mécanismes de défense du Moi* est essentielle dans la théorie freudienne de la névrose. Dès le début de ses œuvres psychanalytiques Freud utilise ce concept et le définit « ... différents procédés, dans lesquels s'engage le Moi pour se libérer de son incompatibilité avec une représentation » (« Etudes sur l'Hystérie »). Les mécanismes de défense sont différents suivant le type d'organisation névrotique. Ils ont fait l'objet d'une étude systématique d'A. Freud, dans « Le Moi et les Mécanismes de défense » (1936). Elle décrit : le refoulement, la régression, la formation réactionnelle, l'isolation, l'annulation rétro-active, la projection, l'introjection, le retournement sur soi, le renversement en son contraire, la sublimation. Cette énumération n'est pas exhaustive, d'autres auteurs ont décrit d'autres mécanismes de défense, notamment dans les organisations psychotiques. Parmi ces mécanismes le *refoulement* doit garder une place privilégiée, en tant qu'il est fondateur de l'inconscient. C'est lui qui définit la limite entre inconscient et préconscient. Il faut noter qu'un sujet n'est pas malade parce qu'il utilise « des défenses » mais parce que les défenses qu'il utilise habituellement s'avèrent comme inefficaces, ou trop rigides, ou mal adaptées aux réalités interne et externe, ou encore trop exclusivement d'un même type. Sans vouloir établir une équivalence stricte entre tel mécanisme de défense et telle organisation névrotique, on peut reconnaître les correspondances suivantes :

- Dans les névroses phobiques, les représentations de la pulsion interdite subissent un refoulement. Le retour du refoulé s'exprime dans des représentations substitutives, formées par déplacement et condensation des représentations originaires. Ces représentations substitutives elles-mêmes restent refoulées tant que le sujet ne rencontre pas l'objet ou la situation phobogène, qui les actualise. S'il les rencontre, il se produit un retour du refoulé, comme de l'extérieur et l'affect de l'angoisse apparaît. Tout se passe alors comme si l'angoisse était externalisée et focalisée sur l'objet ou la situation phobogène.

- Dans les névroses obsessionnelles, le mécanisme de défense central est la « formation réactionnelle », que « Laplanche et J.B. Pontalis définissent « attitude ou habitus psychologiques de sens opposé à un désir refoulé et constitué en réaction contre celui-ci (pudeur s'opposant à des tendances exhibitionnistes par exemple). En termes économiques la formation réactionnelle est un contrinvestissement d'un élément conscient, de force égale et de direction opposée à l'investissement inconscient » (Vocabulaire de la Psychanalyse).

La libido régressée au stade sadique-anal est contrinvestie et donne naissance à des formations réactionnelles, qui s'expriment dans le caractère anal : soin exagéré de la propreté, méticulosité, parcimonie. Le retour du refoulé se manifeste soit dans le mécanisme de défense lui-même, la formation réactionnelle, qui est toujours soupçonnée d'avoir manqué son but et doit sans cesse être consolidée (rites de lavage par exemple) — soit directement dans des représentations à contenu sadique très crues mais isolées de leur affect et des autres représentations, c'est le mécanisme de l'« isolation », ou effacées a posteriori par l'« annulation rétroactive ».

- Dans la névrose hystérique, les représentations refoulées sont transformées en des symptômes somatiques, « qui expriment par le corps les représentations refoulées » (Laplanche et Pontalis), c'est le mécanisme de conversion.

- La névrose d'angoisse a une place à part. Freud en faisait une « névrose actuelle », liée direc-

tement à une frustration sexuelle, l'angoisse étant l'expression détournée sur les différents organes somatiques de la libido réprimée. Cette étiologie et ce mécanisme ne paraissent plus suffisants aujourd'hui pour rendre compte de la névrose d'angoisse. Il faut là aussi supposer une organisation défensive du Moi, vis-à-vis du conflit interne. Toutefois il n'a pas été décrit de mécanisme de défense spécifique à cette névrose.

2) Application aux troubles névrotiques de l'enfant

La théorie freudienne de la névrose a été confrontée secondairement aux observations cliniques faites sur les enfants. Rappelons que si S. Freud avait situé dans l'enfance l'origine du conflit névrotique (cf. notamment « l'Homme aux loups »), c'est à partir des récits que lui faisaient ses patients adultes et les reconstitutions qu'il en déduisait. Lorsque les psychanalystes se sont penchés directement sur les troubles psychiques des enfants, ils ont eu la déconvenue de ne pas observer en général les formes franches et pures de névroses que l'on connaissait chez l'adulte, mais des aspects parcelaires, mixtes, variables, tels que nous les avons décrits plus haut. Ils ont aussi observé l'extraordinaire fréquence chez l'enfant de troubles d'allure névrotique, qui rendent floues les limites entre le normal et le pathologique et difficile à repérer la genèse des névroses de l'adulte.

A. Freud et ses élèves se sont particulièrement penchés sur ces problèmes et ont tenté de rendre compte des faits d'observation en s'appuyant sur la théorie freudienne, en suivant les processus du développement de la personnalité chez l'enfant. Dans le point de vue qu'ils adoptent, ce développement est intimement lié aux relations de l'enfant avec son entourage, à son histoire, et procède surtout par intériorisation progressive des relations et des personnages qui se trouvaient d'abord à l'extérieur.

H. Nagera, l'un des élèves d'A. Freud, a systématisé ce point de vue dans son ouvrage « Les troubles de la petite enfance », dont nous allons rapporter ici l'essentiel. Nagera distingue quatre degrés :

a) *Les immixtions dans le développement* qui sont des situations, des événements, des carences, qui viennent empêcher le bon développement de l'enfant à un âge où le Moi n'est pas assez développé pour y faire face. Ces immixtions peuvent être, une séparation d'avec la mère à un âge où l'enfant ne peut l'assumer, une naissance d'un puîné, un deuil etc.

Les symptômes provoqués par ces immixtions peuvent être comparables cliniquement aux symptômes névrotiques, mais ils n'ont pas la même signification symbolique d'un compromis entre pulsion et interdit.

Les immixtions laissent des *points de fixation* et des fragilisations du Moi, qui rendent plus difficile l'abord des conflits ultérieurs et peuvent faire le lit de conflits névrotiques.

b) *Les conflits de développement*, qui se caractérisent par un mélange de conflits entre besoin pulsionnel et exigences extérieures d'une part, conflits internes entre exigences pulsionnelles contradictoires d'autre part. Les conflits de développement sont dans une certaine mesure inévitables.

Ils peuvent ne laisser aucune trace une fois la période de développement correspondante passée, ou s'inscrire dans le caractère, ou encore persister et devenir alors des conflits névrotiques.

c) *Les conflits névrotiques*, qui sont des conflits internes se situant entre les instances psychiques, Ça, Moi et Surmoi. Les changements d'environnement extérieur et le développement ne sont plus susceptibles de les faire disparaître. Ils sont le fruit de l'opposition entre exigences pulsionnelles et exigences internalisées, provenant d'anciennes exigences externes.

Il faut toutefois les distinguer des véritables névroses, qui sont des organisations beaucoup plus complexes, réunissant plusieurs conflits névrotiques.

Les conflits névrotiques sont souvent les vestiges de conflits de développement antérieurs. Leur évolution se fait soit vers un refroidissement grâce à la mise en place de mécanismes de défense du Moi, soit vers l'intégration dans une névrose, qu'ils contribuent à constituer.

d) *La névrose de l'enfant* que Nagera définit de la façon suivante : « La névrose infantile est une tentative pour faire entrer dans une seule structuration, dans une seule organisation de la plus haute signification économique tous les conflits névrotiques précédents, aux aspects peut-être divers, ainsi que les insuffisances du développement, avec tous les conflits typiques du stade phallique-œdipien ».

Cette structuration dépend des fonctions d'intégration et de synthèse du Moi. La névrose de l'enfant est donc une organisation globale de la personnalité. On rejoint alors les névroses connues chez l'adulte.

3) Autres apports psychanalytiques

Nous nous référerons ici aux travaux d'autres psychanalystes, qui tout en se rattachant à S. Freud, ont suivi des voies bien différentes de celles d'A. Freud et de son école.

M. Klein admet que la névrose est inévitable dans le développement de l'enfant. Toutefois elle distingue les névroses qui laissent libre le développement de la vie imaginaire, du jeu, des pulsions épistémophiliques, de celles qui les inhibent et qui ont, pour elle, un caractère de gravité.

Elle considère les névroses infantiles comme un mode d'élaboration des angoisses psychotiques précoces : angoisses persécutrices, correspondant à la position schizo-paranoïde — angoisses dépressives, correspondant à la position dépressive (cf. le chapitre sur le développement affectif, Tome I). La névrose représente l'impact des processus psychotiques précoces inconscients sur le fonctionnement mental : « La névrose est cet état mental et de comportement dans lequel le Moi garde la possibilité d'entreprendre l'élaboration de l'angoisse psychotique. La psychose est l'état dans lequel le Moi est submergé par l'angoisse psychotique » (E. Jacques).

M. James se réfère aux concepts de *D. W. Winnicott* de « fonctionnement mental dissocié » et de « faux-self ». Les traumatismes précoces, dit-il, constituent des stimulations inappropriées pour le bébé et ont pour effet de développer une défense par mentalisation précoce et un clivage entre Moi-mental et Moi-corporel — c'est la notion de « fonctionnement mental dissocié » de Winnicott. Le bébé submergé par des stimulations inappropriées fuit dans la réalité. James prend l'exemple d'un bébé qui a faim et dont la faim n'est pas assouvie. Cela l'empêche de s'endormir, le maintient dans un état d'hypervigilance, « à un moment où la conscience du Moi et du non-Moi est inappropriée et où le bébé a besoin d'une unité narcissique toute-puissante ».

Ce clivage entre Moi-corporel et Moi-mental renforce l'opposition entre « vrai-self » et « faux-self ». La notion de vrai-self chez Winnicott correspond à une adéquation entre pulsion, affect d'une part, pensée et comportement d'autre part ; le comportement, la pensée du sujet, expriment les désirs du sujet, s'enracinent dans sa vie pulsionnelle et affective. Le « faux-self », par contre, correspond à une dissociation entre pulsion et affect d'une part, pensée et comportement d'autre part. La pensée, le comportement sont coupés de leurs racines pulsionnelles et affectives et se forment en fonction non du désir personnel et profond du sujet, mais des exigences de son environnement primitif.

M. Khan reprend la notion introduite par M. James d'un clivage entre Moi-mental et Moi-corporel, et considère qu'un certain type de névrose infantile correspond à l'organisation d'un « faux-self ». Par ailleurs il se réfère à la notion d'*attachement* introduite par Bowlby. Bowlby s'est appuyé sur des recherches éthologiques pour comprendre le mode de relation de l'enfant à sa mère. Il a montré qu'il y avait chez l'enfant des comportements innés d'attachement à la mère, qui n'étaient pas secondaires comme l'avait pensé Freud, à la satisfaction des besoins, mais primaires. Il s'est appuyé notamment sur des expériences faites par Harlow sur des bébés singes ; cet auteur a montré que la présence d'une source de nourriture était moins pertinente pour provoquer l'attachement du bébé-singe à une mère leurre, que certaines caractéristiques de surface (fourrure, chaleur etc.). Bowlby décrit cinq comportements d'attachement chez le bébé : le cri, la succion, le sourire, la poursuite oculaire, l'agrippement.

M. Khan pense que pour combler le déficit de l'environnement humain l'enfant peut créer un lien d'attachement à son propre fonctionnement mental. Ce lien d'attachement détourne l'enfant des relations avec les objets réels, extérieurs, d'où un appauvrissement de sa personnalité et un cercle vicieux. Il applique cette conception de la névrose infantile particulièrement aux névroses obsessionnelles.

4) L'espace de projection des névroses

Nous nous proposons ici d'esquisser une vue synthétique des conceptions psychanalytiques sur les névroses en général et les névroses infantiles en particulier.

Un élément est commun à tous les types de névroses : la valeur de symbole et de compromis des symptômes. Cela différencie par exemple le symptôme névrotique du symptôme psychosomatique, qui n'a pas de valeur de symbole ou du symptôme psychotique, qui n'a pas valeur de compromis. Cela suppose que le ou les conflits, qui sont à l'origine de la névrose aient pu être symbolisés et soient donc apparus après que les premières intégrations de la personnalité aient pu se faire, après la constitution des limites de la personnalité. Les pulsions, ou plutôt les représentations pulsionnelles ont subi un *refoulement secondaire*. Mais pour qu'il y ait névrose, il ne suffit pas qu'il y ait des représentations pulsionnelles refoulées, il faut encore qu'il y ait *retour du refoulé*, c'est-à-dire que l'instance refoulante ne réussisse plus à contenir le refoulé.

Interrogeons-nous sur le terme « contenir ». Certains psychanalystes, à la suite de W. Bion, utilisent largement l'idée que les parties de la personnalité de l'enfant, d'abord non intégrées en un tout cohérent, ont besoin d'être contenues dans un *contenant*, qui est d'abord la mère. La mère en tant que contenant doit permettre à l'enfant un fonctionnement harmonieux et cohérent, tant que son développement ne lui permet pas d'assumer cette fonction lui-même. Cette fonction de contenant est profondément défaillante, l'enfant ne peut constituer une personnalité cohérente et limitée, il évolue vers la psychose. Mais si cette fonction est satisfaisante jusqu'à un certain point, mais incapable de contenir l'une des parties de la personnalité de l'enfant, qu'advient-il ?

Remarquons qu'il n'y a pas de raison de limiter ce rôle de contenant à la mère. Le père n'aurait-il pas un rôle essentiel à jouer de cette nature, à partir de l'éveil de la sexualité ? Le couple parental et tout l'environnement humain, nous paraît susceptible de jouer un rôle de contenant dans le développement de l'enfant.

Le *refoulé* apparaît alors comme une partie de la personnalité, qui n'a pu être contenue et élaborée dans une relation contenant/contenu, utilisant des objets humains. Cette partie (toujours liée au développement de la sexualité infantile) nécessite un contenant substitutif, que nous appellerons « espace de projection ».

M. Khan a insisté sur la projection dans le fonctionnement mental, la *pensée* à propos de la névrose obsessionnelle, en utilisant la notion d'attachement et non celle de contenant. Il semble toutefois, comme y a insisté D. Anzieu (Le Moi-peau), que ces deux notions soient liées par une relation d'étayage. Le premier contenant de l'enfant s'établirait sur sa relation physique et en particulier cutanée à la mère, liée à ses comportements d'attachement.

Dans la névrose phobique, ce n'est plus le fonctionnement mental, la *pensée*, qui sert de contenant, mais la représentation de l'*espace* physique, que l'on peut appeler « espace imaginaire » (Sami Ali).

Dans la névrose hystérique, c'est le *corps* imaginaire qui joue ce rôle de contenant.

B) THEORIE COMPORTEMENTALISTE

I.P. Pavlov est le premier à avoir reconnu chez des animaux soumis à des expériences de condi-

tionnement des réactions pathologiques : nervosité, agitation, agressivité, panique, perte des conditionnements. Il a donné à ces réactions le nom de « névroses expérimentales ». Avec ses élèves, il a précisé les conditions expérimentales dans lesquelles survenaient ces réactions pathologiques. Il a repéré trois sortes de conditions névrogènes :

1 — La surtension des processus d'excitation, mise en évidence par l'expérience de V.V. Rickman (1924) qui infligeait à l'animal un choc émotionnel par un stimulus violent et inattendu.

2 — La surtension des processus d'inhibition, mise en évidence par l'expérience de N.R. Chenger-Krestovnika (1921). Cet auteur conditionnait un chien avec comme stimulus conditionnel un cercle et un stimulus neutre, l'ellipse. Progressivement il rapprochait le grand axe de l'ellipse du diamètre du cercle, de façon à rendre la discrimination de plus en plus difficile.

3 — La surtension de la labilité des processus, mise en évidence par l'expérience de O.S. Rosenthal (1923), qui utilisait comme stimulus conditionnel des picotements cutanés au rythme de 12 toutes les 30 s, et comme stimulus négatif des picotements au rythme de 30 toutes les 30 s. Si l'on fait succéder trop rapidement le stimulus positif et le stimulus négatif l'animal développe une « névrose expérimentale ».

Pavlov a décrit différents « types nerveux » en fonction de la facilité avec laquelle les animaux développent une névrose expérimentale et du type de leurs réponses.

Les névroses expérimentales ont été également provoquées par le conditionnement opérant (cf. développement de l'intelligence, Tome I).

Pavlov pensait que ses recherches sur le conditionnement donneraient la clef de la psychopathologie humaine. Toutefois il n'allait pas jusqu'à identifier les névroses expérimentales animales, aux névroses humaines. Les behavioristes américains ont été plus loin. Pour eux le symptôme névrotique est un simple comportement appris, d'où l'idée que si l'on supprime le symptôme, on supprime du même coup la névrose. Watson a provoqué une phobie chez un enfant de 11 mois, en associant un stimulus positif, des jouets en peluche que l'enfant appréciait, à un stimulus négatif, un coup violent sur une barre de fer, qui faisait peur à l'enfant. Le point de vue de Watson a été repris plus récemment par Wolpe (1952).

D'autres auteurs ont tenté d'expliquer les résultats de ces expériences en termes psychodynamiques, en se fondant sur la notion de conflit (Masserman, Maier).

L'existence des faits rapportés par les psychologues expérimentalistes est indéniable. Par contre le problème de leur interprétation reste en suspens. D'autre part dans quelle mesure des expériences faites sur l'animal peuvent-elles être extrapolées à l'homme ? Cela reste très conjectural, surtout dans le domaine de la psychopathologie.

J. Cosnier fait les remarques suivantes :

1 — les « névroses expérimentales », qui sont induites par des modifications de l'environnement physique, se rapprochent plus des troubles réactionnels en psychopathologie humaine, que des névroses proprement dites ;

2 — l'influence de l'attitude de l'expérimentateur a été méconnue dans les premières expériences. Les recherches éthologiques ont depuis montré l'importance de cette influence sur le développement de l'animal, sur ses comportements et sa réactivité, par exemple les observations sur l'influence de la manipulation de l'animal faites par Weininger (1953, 54, 56). Cet auteur a montré que des rats caressés régulièrement chaque jour avaient un développement et une résistance aux stress meilleurs que des rats non caressés ;

3 — l'importance d'apprentissages non conditionnés, non soumis aux essais et erreurs, telle l'empreinte, mise en évidence par K. Lorenz (1935) a également été méconnue par les premiers expérimentateurs ;

4 — enfin et surtout l'organisation psychique de l'homme avec un niveau imaginaire et un niveau symbolique permettant l'existence de conflits internes ou intériorisés, paraît spécifique à l'espèce. Or dans la névrose proprement dite, c'est essentiellement de conflits internes qu'il s'agit.

BIBLIOGRAPHIE

Références générales

AJURIAGUERRA (J. de). — Organisations névrotiques chez l'enfant. Précis de Psychiatrie de l'enfant. Masson, Paris, 1974, 2^e édit. pp. 677-734.

DIATKINE (R.). — Du normal et du pathologique dans l'évolution mentale de l'enfant. Psychiatrie de l'Enfant, 1967, 10, pp. 1-42.

FREUD (A.). — Le normal et le pathologique chez l'enfant (traduit par D. Widlöcher). Gallimard, Paris, 1968, 212 p.

FREUD (S.). — Trois essais sur la théorie de la sexualité (trad. B. REVERCHON-JOUE). 1 vol., Gallimard, Paris, 1962, 189 p.

FREUD (S.). — Inhibition, Symptôme et angoisse. (trad. M. TORT), 1 vol., P.U.F., Paris, 1951, 102 p.

FREUD (S.). — Extraits de l'histoire d'une névrose infantile (l'homme aux loups). In Cinq psychanalyses, pp. 325-420, P.U.F., Paris, 1967.

LEBOVICI (S.) et BRAUNSCHWEIG (D.). — A propos de la névrose infantile. Psychiatrie de l'enfant, 1967, 10, pp. 43-122.

LAPLANCHE (J.) et PONTALIS (J.B.). — Vocabulaire de la Psychanalyse. Articles sur les névroses, pp. 267-289, P.U.F., Paris, 1967.

MALE (P.). — Les névroses infantiles. Revue de Neuro-Psychiatrie infantile, 1966, 14, p. 643.

NAGERA (H.). — Les troubles de la petite enfance (la névrose infantile et les troubles de l'âge adulte). P.U.F., Paris, 1969, 94 p.

Colloque des psychanalystes de langue anglaise (Londres, 1970) avec des articles de E. JACQUES, M. JAMES, M.R. KHAN, 1972, 15, pp. 5-44.

KLEIN (M.). — La névrose chez l'enfant. in « La psychanalyse des enfants » P.U.F., Paris, 1969, pp. 108-124.

Névrose phobique

DIATKINE (R.), SIMON (J.). — Etude nosologique à propos de trois cas de phobies d'adolescentes. La psychiatrie de l'enfant, 1966, 9, pp. 289-339.

FREUD (S.). — Analyse d'une phobie chez un petit garçon (Le petit Hans). in Cinq psychanalyses, P.U.F., Paris, 1954, pp. 93-198.

MALLET (J.). — Contribution à l'étude des phobies. Revue Française de Psychanalyse, 1956, 20, pp. 237-293.

Névrose hystérique

LEBOVICI (S.). — A propos de l'hystérie chez l'enfant. Psychiatrie de l'enfant, 1974, 17, pp. 5-62.

MORON (P.). — Le phénomène de conversion somatique chez l'enfant. Masson, Paris, 1974, 161 p.

STUCKI (J.D.). — L'hystérie chez l'enfant. Psychiatrie de l'enfant, 1965, 8, p. 605-622.

Il faut citer aussi « L'hystérie », Perspectives Psychiatriques, 1973, n° 44 avec des articles de Ph. MAZET et coll., CHARUE et coll., J. CHAZAUD, G. GACHNOCHI et coll., J.P. SICHEL, J.J. KRESS et D. WIDLÖCHER.

Névrose obsessionnelle

FREUD (S.). — La prédisposition à la névrose obsessionnelle (trad. E. PICHON et H. HOESU). Rev. Fr. de psychanalyse, 1929, 3, pp. 437-444.

KOHLER (Cl.), CLERE (J.), HOSTIN (H.). — Manifestations phobo-obsessionnelles chez l'enfant. Psychiatrie de l'enfant, 1974, 17, pp. 341-411.

LEBOVICI (S.) et DIATKINE (R.). — Les obsessions de l'enfant. Rev. Fr. psychanalyse, 1957, 21, pp. 647-681.

MISES (R.). — Les obsessions chez l'enfant. Psychiatrie de l'enfant, 1958, 1, pp. 513-522.

Inhibition

1 — DANON-BOILEAU (M.), LAB (P.). — L'inhibition intellectuelle. Psychiatrie de l'enfant, 1962, 5, pp. 43-172.

2 — ROUART (J.), NARLIAN (R.), SIMON (J.). — L'échec scolaire. Psychiatrie de l'enfant, 1960, 3, pp. 333-403.

TROUBLES DE LA PERSONNALITE S'EXPRIMANT DANS LE COMPORTEMENT

Toute personnalité, normale ou pathologique, s'exprime, bien entendu, à travers les comportements du sujet. Il ne s'agit dans ce chapitre que d'étudier les organisations de la personnalité qui se traduisent plus particulièrement dans la sphère de l'agir et par des troubles des relations avec l'entourage, familial et scolaire notamment ; et éventuellement par des conduites dyssociales ; bref, par *des conduites engendrant des conflits avec le milieu*.

Sont donc envisagés ici, essentiellement, les troubles dits du caractère et les troubles décrits sous le terme de psychopathie.

TROUBLES DU CARACTERE

Notons d'abord l'usage souvent très extensif sinon abusif des expressions « troubles du caractère », « enfant caractériel », si bien qu'on ne sait plus très bien quelles réalités cliniques précises elles recouvrent.

Remarquons aussi la confusion fréquemment faite entre les notions de troubles du comportement et d'anomalies du caractère, laquelle témoigne qu'on ne distingue pas deux niveaux, celui sémio-logique de la description des conduites (par exemple, comportements agressifs) et celui, structural de l'appréhension plus globale des anomalies de la personnalité qui les engendrent (par exemple, organisation névrotique).

Remarquons encore la difficulté à définir la notion de caractère. Il faut donc essayer de préciser cette dernière avant d'envisager quelques généralités sur les troubles du caractère chez l'enfant puis de décrire les conduites manifestes par lesquelles ils se traduisent et d'essayer de définir le contexte dans lequel ils surviennent.

LA NOTION DE CARACTERE

Il y a eu de multiples tentatives de définition de la notion de caractère ; on ne peut évidemment les décrire ici. Néanmoins, en première approximation, on peut dire qu'il existe un certain consensus pour désigner sous ce terme un ensemble de traits qui définissent *une manière habituelle du sujet de se comporter dans ses relations avec l'entourage*. Les traits de caractère reflètent, d'une certaine façon, au niveau du comportement manifeste, un style de relation que le sujet établit vis-à-vis de ses objets d'intérêt.

Le caractère, dans la mesure où ce terme tend à s'appliquer à un ensemble diversifié de conduites et à l'ensemble du comportement du sujet, correspond donc à l'aspect extérieur de la personnalité dont il est un des reflets, à côté par exemple des modalités de la vie cognitive.

Cette notion de caractère a été et est encore très (trop ?) fréquemment utilisée dans une perspective de classification.

- *Il y a de nombreuses classifications caractérologiques, réalisées :*

- A partir de *critères physiques*, morphologiques, notamment ; par exemple E. Kretschmer (1921) qui distingue les pycniques (brévignes et cyclothymiques), leptosomes (longilignes et schizothymes), athlétiques (avec « l'association à la viscosité tranquille et à une certaine explosivité »).

- A partir de *critères psychologiques* ; par exemple C.G. Yung (1913) qui oppose les introvertis et les extravertis ; ou bien Heymans et coll. dont les travaux ont été repris et prolongés en France à partir de 1930 par Lesenne, G. Berger : à partir de trois propriétés, émotivité ou non, activité ou passivité, primarité ou secondarité, sont décrits huit types : amorphes, apathiques, sanguins, flegmatiques, nerveux, sentimentaux, colériques, passionnés.

- A partir de *critères psychiatriques* ; par exemple, E. Kraepelin (1890) en Allemagne, E. Dupré (1909), Delmas (1927), avec la proposition d'une caractériologie fondée sur la description de cinq constitutions psychopathiques (paranoïaque, perverse, mythomaniacale, cyclothymique, hyperémotive) qui seraient l'hypertrophie ou l'atrophie de dispositions psychiques normales et par ailleurs seraient le terrain sur lequel surviendraient les cinq psychoses du même nom ; encore L. Michaux (1966) : caractères émotifs, instables, mythomaniacaux, cyclothymiques, obsédés, paranoïaques, épileptiques, schizoïdes, pervers.

- A partir de *critères psychanalytiques*. Il y a de très nombreuses caractérologies psychanalytiques, inaugurées par S. Freud, K. Abraham, W. Reich. Ainsi, dans une perspective génétique sont décrits les caractères oral, anal, phallique, ou bien les caractères prégénital ou génital. Dans une perspective structurale, en pathologie par exemple, on peut citer les notions de névrose de caractère, de psychose de caractère ou de caractère narcissique, etc.

A vrai dire, le grand intérêt des travaux psychanalytiques est surtout d'avoir mis l'accent, en opposition à tout un courant constitutionnaliste qui a vu dans le corps et les tendances innées les seuls fondements du caractère et l'explication de sa fixité, d'une part sur :

- le rôle de l'environnement, des relations, d'objet dans l'enfance, des expériences affectives précoces dans l'organisation du caractère ;
- la notion de conflit du sujet avec son milieu.

- Et c'est bien *dans cette perspective génétique et dynamique* que nous allons essayer de nous situer. A ce propos, toutes les études génétiques soulignent la complexité des facteurs de développement contribuant à la formation du caractère : stades de développement libidinal, évolution des tendances agressives, développement des fonctions défensives et adaptatives du Moi, formation et évolution du Surmoi, développement des grandes fonctions instrumentales, etc. ; le tout, en étroite interrelation avec l'entourage, ses attitudes, ses réponses.

Pour chaque enfant, le développement, s'accomplit selon un rythme propre qui dépend de chacun de ces facteurs. Il en résulte un « profil caractériel » susceptible de stagnations, de mutations brusques, de régressions temporaires dont l'examen systématique constitue un champ d'étude extrêmement vaste et important (A. Freud). Le caractère de l'enfant apparaît donc pour la plupart de ses traits, comme un ensemble dynamique.

GENERALITES SUR LES TROUBLES DU CARACTERE CHEZ L'ENFANT

Deux faits ne doivent jamais être oubliés dans cet abord des troubles du caractère dans l'enfance :

- ils surviennent au sein d'une personnalité en cours de développement ;
- chez un sujet placé dans une obligatoire relation de dépendance vis-à-vis de l'entourage.

Ainsi, cela nous amène à envisager plusieurs points :

- La question de *la tolérance du milieu, de l'entourage* face aux obligatoires problèmes et difficultés de comportement de l'enfant ; et celui de son importance dans l'éventuel recours ou le choix privilégié par l'enfant de telle attitude, l'organisation possible de tel système d'attitudes relationnelles, lequel va plus ou moins se consolider, se fixer, voire se figer, en fonction des attitudes et des réponses de l'entourage.
- La tendance, bien plus nette chez l'enfant, à déployer dans son monde environnant ses fantasmes et ses défenses ; dans ses relations avec son entourage, se jouent des conflits dont l'intériorisation ne s'est pas faite : c'est *la tendance à l'externalisation des conflits*.
- *Le développement des grandes fonctions « instrumentales »* (intelligence, motricité, langage) représente un élément déterminant dans les capacités de maîtrise de l'angoisse liée à un conflit et intervient donc au niveau de la vie relationnelle. Leurs difficultés, retards ou dysharmonies de développement, vont influencer sur le caractère : par exemple, dans les retards du langage, on voit souvent des attitudes agressives, lesquelles peuvent s'organiser et durer même après la disparition du retard du langage.

ASPECTS CLINIQUES ET PSYCHOPATHOLOGIQUES

A) LES MANIFESTATIONS CLINIQUES

C'est principalement par des perturbations du comportement que se traduisent, vus de l'extérieur, les troubles dits caractériels ; ce sont d'ailleurs pour elles que l'enfant est amené en consultation. Ces perturbations sont très variées, notamment selon l'âge de l'enfant et selon le milieu où elles se produisent et les réactions de celui-ci.

En ce qui concerne *l'âge de survenue*, c'est surtout pendant la période dite scolaire (à partir de 6 ans) et après celle-ci, que de tels troubles sont décrits.

En fait, chez le nourrisson, certaines perturbations du sommeil, certains troubles digestifs (refus du biberon, anorexie, vomissements) ont sans doute la même valeur du fait de leur retentissement sur l'entourage et de ce qu'ils indiquent du mode d'organisation de la relation avec la mère.

De même, chez le jeune enfant, les manifestations d'opposition, les refus de la discipline sphinctérienne, certaines colères, des comportements agressifs dans la fratrie ou à l'école maternelle sont à en rapprocher.

En ce qui concerne *le milieu* où ces troubles se manifestent, l'élément essentiel qui sous-tend ces manifestations est l'opposition. Ainsi, dans le milieu familial, celle-ci peut revêtir les aspects les plus variés : depuis la simple inertie, la passivité, le mutisme jusqu'à l'opposition franche, accompagnée de colères clastiques, de conduites agressives verbales ou physiques, de provocation plus ou moins subtiles, en passant par certaines conduites régressives (quête affective inadéquate pour l'âge, certaines encopries ou même énuries etc.).

En milieu scolaire, les carnets sont remplis de plaintes des maîtres au sujet de l'instabilité, de l'indiscipline, des comportements agressifs à l'égard des autres enfants. Les échecs scolaires, soit partiels (par exemple dans l'apprentissage de la lecture ou bien celui des mathématiques) soit globaux sont fréquents ; ils peuvent être liés à l'absentéisme, en fait beaucoup plus à une impossibilité pour l'enfant d'investir pour lui-même le travail scolaire et d'y trouver du plaisir ou bien à des difficultés dans le développement cognitif et l'accession à la pensée logique. Peuvent apparaître des fugues scolaires ou l'école buissonnière voire un refus scolaire complet recouvrant généralement une grande angoisse à tonalité phobique devant la situation scolaire et les contraintes qu'elle impose.

Chez le préadolescent et l'adolescent, bien entendu, des conduites dyssociales voire antisociales et délinquantes peuvent relayer les manifestations précédentes.

B) LE CONTEXTE PSYCHOPATHOLOGIQUE

Devant de telles manifestations, il faut d'abord se demander si elles ne sont pas directement réactionnelles au milieu où vit l'enfant, à ses exigences, ses contraintes, ses insuffisances éducatives, ou bien encore si elles ne sont pas liées à telle ou telle situation conflictuelle précise (séparation des parents, événement familial important, etc.) sans qu'existent encore une véritable organisation et une stabilité des attitudes caractérielles, qui ne manqueraient pas d'apparaître si la situation se prolongeait ; bref, là, les troubles du comportement sont encore *purement réactionnels* au sens strict et on ne peut parler de troubles du caractère.

Sinon, trois types d'éventualités peuvent se rencontrer.

1) Troubles du caractère liés au développement

Le caractère de l'enfant apparaît pour la plupart de ses traits, avons-nous dit plus haut, comme un ensemble dynamique. Aussi, comme le note bien D. Widlocher, *le caractère peut être, à un moment ou à un autre, une source d'inadaptation ou de conflit*, par exemple quand l'enfant se trouve exposé à des tâches qu'il ne peut résoudre en fonction de son degré de développement (partiel ou global) ou bien quand un trait de caractère, provisoirement souligné, vient heurter les exigences éducatives ou les réponses particulières de l'entourage. Un trait caractériel ou un ensemble de traits qui ne constitue en soi qu'une variante de la normale, est alors perçu comme une anomalie à corriger et à traiter. Le recours fréquent maintenant à des consultations médico-psychopédagogiques ne doit pas être une source de confusion entre ces variantes de la normale et une organisation pathologique franche.

Il est vrai que, dans un certain nombre de cas, ces traits de caractère déviants (par exemple, sadique-anaux : lutte contre toute autorité, saleté, agressivité contre les plus jeunes, etc.) au lieu de suivre le train du développement général vont se fixer et accentuer par-là leur allure pathologique. En ce qui concerne les causes mêmes de *cette fixation des traits de caractère*, bien entendu, l'influence de l'entourage est capitale, nous l'avons déjà dit. On insiste habituellement sur les complicités que l'enfant trouve auprès des siens pour maintenir ces traits de caractère en dépit des intentions avouées contraires. Souvent, en effet, ces troubles apportent à l'entourage des bénéfices secondaires multiples ; ils entrent dans la pathologie d'un des parents ou alimentent les conflits, les rivalités intra-conjugales ou intra-familiales. Mais il faut aussi tenir compte largement des tendances narcissiques du sujet : l'enfant se fixe à l'image de soi que lui reflète cet entourage. A ce titre, on peut citer là d'éventuelles anomalies physiques ou des troubles (crises épileptiques, etc.) comme des facteurs favorisant une organisation caractérielle.

Un autre facteur pouvant poser problème en l'absence d'organisation pathologique est représenté par la *dysharmonie même du développement*. Ce terme de dysharmonie prend le plus souvent un sens pathologique alors que le développement de tout enfant, à certains moments, témoigne bien d'une dysharmonie entre différents secteurs de son évolution psychologique.

L'adolescence représente évidemment une phase où cette dysharmonie est susceptible d'induire des attitudes caractérielles posant problème.

Nous avons par ailleurs déjà évoqué le rôle éventuel des retards de développement dans le domaine des fonctions « instrumentales » : retards du langage, dysharmonie cognitive, dans certaines organisations caractérielles. On pourrait en dire autant de certains déficits sensoriels (auditifs par exemple).

2) Troubles du caractère liés à une organisation psychopathologique définie de la personnalité

L'enfant est amené en consultation pour des troubles du caractère par un entourage qui insiste beaucoup sur ce versant. On peut même dire que bien souvent il ne voit que celui-là. Mais l'étude

psychopathologique, et c'est fréquent, contribue à mettre en évidence, au-delà des formations caractérielles une organisation psychopathologique donnant lieu aussi à des troubles à bien d'autres niveaux. Cela peut être :

- *Un état névrotique.* S'y associent alors des symptômes (anxiété, manifestations phobiques, de conversion, obsessionnelles) et des traits de caractère névrotique (évitement ou au contraire fuite en avant phobique, l'expression dramatisée avec ses « mensonges », ses « crises » dans le versant hystérique, l'importance des formations réactionnelles de type obsessionnel : enfant propre, soumis, scrupuleux) souvent associés à cet âge dans une organisation mixte. L'analyse psychopathologique y repère la dimension œdipienne des conflits internes, l'angoisse de castration, la culpabilité face auxquelles les formations caractérielles représentent une tentative de dégagement plus ou moins malheureuse : conduites de prestance, auto-punitives, etc.

- *Un état psychotique.* Il n'est pas rare que chez des enfants décrits simplement comme « caractériels » par la famille ou l'école, on mette en évidence une organisation psychotique. Nous avons parlé de ces aspects caractériels ou pseudo-caractériels lors de l'étude des psychoses infantiles d'expression tardive, au-delà de 4-5 ans ; se mêlent alors aux comportements agis de très importantes difficultés relationnelles recouvrant une angoisse concernant les limites de l'organisation même du Moi.

- *Un état déficitaire.* Cette éventualité recouvre des états diversement nommés : débilités avec des troubles du comportement associés, débilités dysharmoniques, etc. Nous avons abordé lors de l'étude des états déficitaires le problème des relations entre déficit mental et troubles de la personnalité, l'expression caractérielle en représentant une modalité particulière, qui ne va faire qu'augmenter les risques de rejet de l'enfant par son entourage.

- *Une structure anaclitique, dépressive.* Là, les sentiments d'infériorité, le vécu d'abandonnisme, l'angoisse de perte de l'objet anaclitique (cf. l'étude des organisations anaclitiques) sur lequel s'appuie l'enfant, facilement réactivés par les inévitables frustrations ou conflits de la vie quotidienne, viennent engendrer des attitudes auto-punitives ou d'échec, ou bien de provocation masochiste qui se sont fixées ici en des traits de caractère souvent extrêmement solides.

3) Les organisations caractérielles

Là, la pathologie du caractère est au premier plan. Les troubles de la personnalité ne donnent plus lieu comme précédemment à des symptômes mentaux précis, phobies, obsessions, dépression, idées délirantes ou paradelirantes, mais s'expriment surtout au dehors, si on peut dire, marqués par *la très nette tendance à l'externalisation des conflits*. On peut en rapprocher une autre caractéristique : *la tendance au déni de la réalité interne*.

Ces caractéropathies donnent lieu à des aspects divers. Bien entendu, d'importantes restrictions ou aménagements sont à faire en ce qui concerne la transposition dans l'enfance des descriptions faites chez les adultes de ces expressions psychopathologiques, ceci en raison même des caractéristiques de l'enfance : remaniements évolutifs, organisations mixtes etc.

Pourtant, notamment chez les grands enfants et les adolescents, certains aspects rejoignent ce qui est décrit sous l'expression de « névrose de caractère ». Cette expression d'ailleurs assez mal choisie car il ne s'agit pas de structures névrotiques au sens strict, mais de pseudo-névroses asymptomatiques, dites égосyntoniques c'est-à-dire sans manifestations précises de souffrance interne et de culpabilité consciente, engendrant des comportements volontiers impulsifs (par décharge de la tension) sollicitant l'entourage (avec une dimension sadomasochiste éventuelle), mais aussi répétitifs (compulsion de répétition du conflit interne). En fait, bien sûr, il ne peut pas ne pas y avoir, à certains moments, un certain degré de malaise du sujet. D'ailleurs, il existe *une position dépressive sous-jacente* toujours plus ou moins active, transparaissant parfois au dehors malgré les efforts du sujet par une certaine dysphorie voire des moments dépressifs.

C'est bien le problème de *l'organisation narcissique déficiente* de ces enfants qui est posé là et d'un vécu relationnel précoce carenciel dans le domaine des apports narcissiques, maternels singulièrement. D'ailleurs, ne retrouve-t-on pas souvent au niveau de l'histoire de l'enfant et lors de l'étude du contexte familial de quoi étayer cette hypothèse d'un investissement surtout négatif de cet enfant par l'entourage.

Dans d'autres cas, derrière les comportements du sujet, c'est plutôt un vécu persécutif, projectif, et en même temps une tentative de restaurer ou d'instaurer l'unité menacée ou non réalisée de ce sujet, que l'on perçoit. Certains auteurs parlent là de « psychose de caractère », ici encore assez mal nommée car nous ne sommes pas vraiment dans le domaine de la structure psychotique telle qu'elle a été définie plus haut.

Reste l'important problème de certaines conduites exprimant ce qui est appelé perversité de caractère plutôt que « perversion de caractère » par J. Bergeret, et qui recouvre tout un ensemble de traits classiques décrits sous l'expression d'« impulsivité perverse » par H. Ey, P. Bernard, Ch. Briset : tension agressive, impulsivité, rancœur, inaffectivité, inadaptabilité, amoralité, obstination, violence, etc.

Les études cliniques actuelles semblent indiquer que c'est assez tardivement dans l'enfance et au moment de l'adolescence que s'organisent de telles caractéropathies, ceci après une longue phase de souffrance n'ayant pas forcément donné lieu à des comportements engendrant des conflits avec l'entourage mais à des attitudes d'échec, d'inhibition, de repli sur soi, de quête affective immature et maladroite.

Toutes ces descriptions recoupent beaucoup ce qui est décrit par ailleurs sous le terme de Psychopathie, notion étudiée un peu plus loin.

C) OBSERVATION CLINIQUE d'un enfant ayant d'importants troubles du caractère

Florent Br..., âgé de 11 ans, est amené en consultation pour un échec scolaire quasi général (il est en 6^e dans une école privée), des troubles du comportement majeurs à peu près résumés ainsi par sa mère qui dit à la fois : « il est impossible et n'en fait qu'à sa tête... il faut toujours qu'on soit derrière lui pour qu'il fasse quelque chose... ».

Madame Br... nous précise qu'à l'école « ça va très mal », qu'il va être renvoyé en raison de son absence de travail, de son indiscipline et même parfois de ses attitudes de « meneur ». A la maison, c'est le perpétuel « refus d'obéir... de venir à table comme les autres... de travailler... de faire ce qu'on lui demande... » ; c'est encore de fréquentes colères ou une agressivité verbale violente à l'égard de sa mère ou de la jeune fille au pair qui s'occupe des enfants. Il est le second d'une fratrie de 3, a un frère aîné qui « ne pose aucun problème » et une petite sœur de 5 ans 1/2 qui « vient d'entrer au cours préparatoire et est tout à fait adorable... » ; il ne manque guère d'occasions précisément, selon Madame Br... « d'embêter et de battre sa sœur ».

Par ailleurs, elle décrit Florent comme « assez facile jusqu'à 6 ans » ; ce serait après la naissance de la petite sœur et lors de l'entrée en cours préparatoire que les problèmes auraient commencé, que Florent « aurait changé ». Il devient « difficile », il a d'autre part des difficultés d'apprentissage de la lecture, ce qui va entraîner deux rééducations orthophoniques, d'abord en cours préparatoire, puis en C.M.I., sans grands résultats. L'année d'après, il est pris en psychothérapie « sans aucun résultat »... précise bien Madame Br... qui dit que « c'était une corvée » qu'elle a préféré interrompre au bout de quelques mois. On peut encore relever plusieurs faits importants dans sa biographie :

- un séjour de 10 jours, chez une tante, à l'âge de 9 ans, à l'occasion de la mort de la grand-mère maternelle ; séjour au cours duquel il a eu d'importants troubles du comportement : colères clastiques, tentative de mettre le feu à des journaux dans l'entrée de l'appartement, vols d'objets, appartenant à cette tante ; ces troubles ont cessé dès le retour à la maison ;
- une amputation du cinquième doigt de la main gauche à la suite d'une blessure avec une petite scie appartenant à son père, il y a un an ;
- une lettre destinée à ses parents, déposée sur son lit où il leur annonçait qu'il s'était jeté par la fenêtre... alors qu'il était parti avec un camarade de classe, ce, quelques semaines avant que nous ne le voyons pour la première fois.

Florent nous est apparu comme un garçon intelligent, ayant un bon contact, exprimant tout un ensemble de plaintes, à son sujet d'abord : « je n'ai pas de mémoire... je bouge de trop... je suis agité, je crie beaucoup... il faut qu'on m'oblige à travailler... j'agace ma mère... » ; au sujet de son entourage ensuite, de sa mère et de la jeune fille au pair, qui « l'oblige » à travailler », de son père et du professeur de tennis qui « l'oblige » à jouer au tennis ». Au cours du premier entretien,

Florent a manifesté une certaine tendance à minimiser et à banaliser la situation ; en fait, au cours de deux entretiens ultérieurs, on a pu percevoir une nette souffrance chez cet enfant, faite de sentiments d'échec, de dévalorisation, d'exclusion dans la famille et de perte de l'amour de ses parents en raison de son incapacité à réaliser leurs désirs de réussite.

Le contexte familial nous est apparu comme très insatisfaisant pour Florent, avec une mère vite déçue par cet enfant « gaucher », certes très tôt propre et bien élevé, mais « pas souriant... qui n'apprenait pas bien à l'école, qu'il a fallu rééduquer... » ; une mère donc très centrée sur les apprentissages et réalisant une éducation rigide ne prenant pas en considération les aspirations et les désirs de son fils. Quant au père, il semble qu'il ait été très attaché à ce fils dont il se serait beaucoup occupé jusqu'à 6 ans et qu'il l'ait désinvesti brutalement lors de la naissance de la petite sœur et des premières difficultés scolaires.

En définitive, on peut parler là de troubles du caractère chez un garçon dont on perçoit bien la note dépressive, les sentiments d'infériorité et d'incapacité à répondre au désir maternel, l'angoisse d'abandon. Il existe donc ici une souffrance dépressive consciente qu'on peut considérer comme un élément de meilleur pronostic que l'attitude de déni de la réalité interne qu'on observe dans certaines organisations caractéropathiques.

PSYCHOPATHIE

La tendance à l'agir, la fréquence des conduites engendrant des conflits avec le milieu sont aussi au cœur de la notion de Psychopathie.

A) DELIMITATION DE LA NOTION DE PSYCHOPATHIE

Cette notion de psychopathie ou de sujets psychopathes doit être d'abord clairement distinguée de celle de « personnalité psychopathique » de l'école allemande (E. Kraepelin, K. Schneider). Cette dernière désigne des déviations quantitatives de la personnalité qui sont devenues pathologiques dans la mesure où elles font souffrir soit l'individu, soit la société ; elle couvre un très grand nombre d'aspects cliniques particuliers ; par exemple, ce que nous appelons la personnalité obsessionnelle est pour K. Schneider une personnalité psychopathique. En définitive, l'expression « personnalité psychopathique » recouvre la notion générale de « personnalité pathologique » proposée par P. Pichot.

Par contre, le terme de psychopathie désigne une notion bien plus restrictive, caractérisée par des troubles donnant lieu à des actes sans contrôle ni retenue perturbant l'intégration sociale. Elle est à peu près superposable à celle de déséquilibre psychique de la psychiatrie d'adulte ; elle est, comme celle-ci, l'héritière d'un double courant historique ayant engendré en Grande-Bretagne la conception de la « folie morale » (Moral insanity de Z.C. Pritchard, en 1819) et en France, celle de « dégénéré » (B.A. Morel) ou de « dégénéré déséquilibré » (J. Magnan) au 19^e siècle et de « pervers constitutionnel » (E. Dupré en 1912).

Bien entendu les conceptions étiopathogéniques ont changé et des points de vue constitutionnalistes et « innéistes », à la mode en psychiatrie à la fin du 19^e siècle et au début du 20^e, on a évolué sous l'influence de travaux psychanalytiques (B. Karpman, K. Friedlander, J. Bowlby, etc...) vers une prise en considération des expériences affectives précoces dans la genèse de ces troubles, comme on va le voir.

B) DESCRIPTION CLINIQUE

Les troubles de la personnalité sont importants, marqués d'abord par :

1) des perturbations du comportement

Ils consistent essentiellement en *des passages à l'acte* agressifs, impulsifs donc répétés, ayant

une dimension asociale ou antisociale plus ou moins marquée (1), réalisés en règle sans souffrance psychique manifeste ni culpabilité vraie ni remords apparent.

Ces passages à l'acte répétés constituent l'habituelle réponse du sujet à une situation, à un événement ou à une relation qui sont sources de frustration, comme si, au fond la psychopathie nous apparaissait comme un type de réponse imposée au sujet du fait de son fonctionnement mental profond que caractériseraient une grande intolérance à la frustration et l'incapacité à différer la réalisation du plaisir.

Ce qu'il est intéressant de noter, à côté de ces passages à l'acte, c'est la passivité ou plus exactement, à ce propos, *l'inactivité* du sujet que l'on constate bien dans les institutions ; ainsi, comme le remarque H. Flavigny, si on analyse sa journée, on s'aperçoit que par rapport au temps de passage à l'acte, il y a un temps considérable pendant lequel il ne fait rien, où il a des difficultés à participer aux activités, ce qui, moins spectaculaire, est pourtant un symptôme à retenir.

2) Les anomalies du caractère sont très nettes

L'impulsivité agressive, l'instabilité, la labilité sont évidentes dans les échanges relationnels.

Ce qui l'est moins peut être et qui constitue pourtant un trait de caractère tout à fait central du psychopathe, c'est sa *dépendance*, sa passivité, son besoin de s'appuyer sur quelqu'un dont on peut rapprocher son importante avidité affective, son désir de séduire lors des premiers contacts, ce, jusqu'à ce que cette dépendance devienne intolérable pour le sujet et l'entraîne à des provocations agressives à l'égard de l'entourage, à de nouveaux passages à l'acte, à une nouvelle rupture. C'est ce qui explique les très importantes difficultés de prise en charge du psychopathe.

Ainsi la vie relationnelle apparaît pauvre et il existe une inaptitude dramatique à entretenir des relations interpersonnelles profondes et durables et à accepter une vie de groupe. Cela distingue nettement le psychopathe du sociopathe délinquant, tout à fait capable, lui, d'avoir une vie affective et sexuelle satisfaisante, des liens affectifs durables, de se plier aux exigences comme d'adopter les idéaux du groupe auquel il appartient.

3) Bien d'autres perturbations mentales sont à noter

Ainsi, dans le domaine de la vie cognitive, il y a très souvent un manque d'intérêt mais aussi, en l'absence de tout déficit intellectuel global, des troubles dans le développement de la pensée logique et du raisonnement (2) responsables d'échecs scolaires mais aussi professionnels, dans des tâches par exemple qui nécessitent observation, réflexion, raisonnement. A ce sujet, il est très intéressant de rapprocher leurs fréquentes perturbations de la notion du temps (certains confondent hier avec demain ou les semaines entre elles...) et leur incapacité à rendre compte de leur propre histoire, de leur passé, à se projeter dans l'avenir. De la même façon, leurs difficultés d'expression et de communication verbales sont habituelles.

Leur vie imaginaire apparaît très souvent pauvre, représentée par une fantasmagorie où la violence, les thèmes d'agression, d'abandon, de rupture, de solitude, de transgression de la loi, de répression sauvage et de destruction occupent la plus large place.

Dans certains cas, l'organisation mentale paraît assez proche voire identique à ce qui a été décrit plus haut comme « psychose de caractère » ou bien, et cette éventualité est fréquente, elle est infiltrée de nombreux traits de perversité de caractère où la dimension sadomasochiste tient une place importante.

(1) On considère habituellement que les psychopathes représentent environ 15 % des délinquants. En ce qui concerne le problème général de la délinquance, voir le 1^{er} volume.

(2) Voir la notion de dysharmonie cognitive, dans le chapitre des troubles de l'intelligence, 1^{er} volume.

C) PROBLEMES PSYCHOPATHOLOGIQUES

1) Psychopathie et passage à l'acte

Nous avons vu qu'à certains moments dans une situation de frustration se produit un passage à l'acte brusque, lequel semble être plus la décharge motrice d'un état de tension et la fuite motrice devant la perception responsable d'un déplaisir que la réalisation concrète d'un fantasme. Il y a en effet chez le psychopathe à la fois un défaut d'élaboration mentale et un investissement très particulier de l'agir, avec un sentiment d'omnipotence accompagnant ce dernier registre dont l'utilisation semble avoir pour but de dénier avec un succès momentané les profondes altérations narcissiques que le sujet a.

2) Psychopathie et narcissisme

Ces failles narcissiques, ces profondes altérations du sentiment de soi apparaissent nettement, aussi bien dans les propos que le psychopathe tient parfois à son sujet que dans son besoin d'une relation anaclitique et des apports narcissiques qu'elle peut procurer, relation de dépendance à la fois nécessaire et vite intolérable. C'est évidemment dans cette lignée narcissique qu'il faut situer la survenue d'affects authentiquement dépressifs, voire de véritables moments dépressifs, rencontrés plus souvent qu'il n'est classique de dire chez le psychopathe.

Ces failles narcissiques sont considérées à la suite de très nombreux travaux psychanalytiques comme pouvant être rattachées à une massive et précoce carence d'apports narcissiques, comme si le futur psychopathe n'avait pu organiser dans ses relations avec son entourage, sa mère et les personnes qui se sont occupées de lui, un sentiment de Soi et des représentations de Soi satisfaisantes. D'ailleurs, on peut penser, comme le souligne très bien D. Braunschweig, qu'avec le psychopathe, c'est surtout du narcissisme des parents qu'il est question, du narcissisme déficient de la mère plus particulièrement : « il semble que l'enfant à la naissance représente l'Idéal du Moi de la mère... cela exclut que cet enfant se forme un Idéal du Moi propre, étant donné qu'il est comme tenu de représenter sur la scène du monde celui de sa mère... Cet Idéal du Moi qui lui est imposé comporte la nécessité de ne jamais constituer de désir au sens où le désir entre dans le fonctionnement mental habituel. Autrement dit, tout doit être réglé sur le mode de la satisfaction du besoin... Le psychopathe n'est pas désirant, il a besoin... ».

Ainsi cette perturbation grave de la formation de l'Idéal du Moi vient s'ajouter aux sévères distorsions du Moi et du Sur-Moi (notion de Surmoi archaïque et sadique de M. Klein).

3) Psychopathie et relations mère-enfant

De très nombreux travaux de méthodologie d'ailleurs différente mettent l'accent sur l'importance d'expériences affectives profondément négatives précoces et répétées, dans le genèse de la psychopathie.

On peut de manière schématique décrire deux types de situations :

a) *une carence affective précoce et sévère*

On retrouve avec une grande fréquence des antécédents de séparations du milieu familial à la fois précoces et répétées avec vie dans un milieu, institutionnel ou non, de mauvaise qualité affective ; des placements nourriciers multiples ; bref *une discontinuité des premières relations* objectales, par ailleurs incapables de compenser quantitativement et qualitativement les effets négatifs de ces ruptures successives sur lesquelles J. Bowlby a beaucoup insisté depuis son étude d'un groupe de 44 voleurs (comparé à un groupe témoin d'enfants non-voleurs) dont il a noté le caractère « inaffectif » bien caractéristique selon lui de ce type de sujets. D.W. Winnicott écrit : « derrière la tendance antisociale, il y a toujours un noyau sain et ensuite une interruption, après laquelle les choses n'ont plus jamais été les mêmes ».

Ce que semblent bien montrer de nombreuses études cliniques ces dernières années, c'est que les comportements psychopathiques apparaissent à la préadolescence ou à l'adolescence, après bien souvent une enfance où la souffrance du sujet a été tout à fait manifeste, faite d'un vécu abandonnique, d'une grande avidité affective et de sentiments d'infériorité, de honte et de culpabilité (d'avoir été placé notamment), comme si une sorte d'épuisement affectif préluant à la psychopathie avait lieu après bien des années de souffrance.

b) *des distorsions relationnelles majeures* sans séparation du milieu familial, sont aussi retrouvées.

On peut par exemple noter une alternance (imprévisible pour l'enfant) de gratifications et de répressions maternelles, tout à fait toxique pour lui.

Si on approfondit les relations entre la mère et l'enfant, il apparaît à beaucoup, et notamment à J. Van Thiel Godfrind, que :

- la mère a une nette incapacité à investir pour lui-même son enfant qui est vécu, comme on l'a déjà noté, comme objet de projection des désirs narcissiques de la mère ;
- qu'il y a une utilisation du potentiel pulsionnel de l'enfant par la mère dans ses propres relations et conflits ; ce potentiel agressif est un objet de rapprochement entre la mère et lui.
- qu'il y a une absence ou une dévalorisation massive du père soit au niveau de la réalité, soit dans le discours maternel.

On pourrait peut-être dire en terminant qu'il n'est pas certain que tous ces éléments soient réellement spécifiques des conditions favorisant l'organisation psychopathique et qu'il semble plutôt qu'ils caractérisent, d'une manière plus générale, les organisations gravement déficientes sur le plan narcissique.

D) EXEMPLE CLINIQUE

Samson R..., 16 ans 1/2, est le cinquième enfant d'une fratrie de sept. En fait, les quatre premiers sont du premier mariage de la mère (leur père a été condamné à une peine de 20 ans de prison à la suite d'un vol à main armée). Samson est le premier enfant né de la mise en ménage de Madame R... avec Monsieur T..., impressionnant catcheur. Celui-ci insiste pour donner à ce fils le prénom « Samson », mais ne le « reconnaît » pas officiellement.

Il apparaît tout à fait certain que, petit enfant, ce patient a vécu une situation de carence intra-familiale majeure : Madame R... est alors très déprimée, en outre bientôt accaparée par un puis deux autres enfants (une fille naît en effet un an après Samson, une deuxième fille 2 ans et demi après celui-ci). On a très peu de données précises sur l'enfance : le père présente son fils comme un enfant plutôt « gâté » (par lui notamment), mais « très difficile », ayant besoin de bonnes raclées et du martinet, parfois « très gentil ». A l'école, c'est l'échec massif, le redoublement, les changements de classe en cours d'année ; un peu plus tard, c'est quelquefois l'école buissonnière, puis des petits vols « avec les copains », d'abord à l'intérieur de l'école puis en dehors. A propos de ces vols de plus en plus importants et organisés dont Samson parle avec beaucoup de fierté sans l'ombre d'une culpabilité, peut-être d'ailleurs en les enjolivant et en les amplifiant, il y en a surtout trois qui représentent beaucoup de choses pour lui : le vol de la montre du directeur de l'école, celui de bouteilles de Ricard dans un magasin d'alimentation, bouteilles qu'il revend à son père, grand consommateur de Ricard surtout depuis qu'il reste à la maison à la suite de deux fractures de jambe et de blessures diverses contractées en catchant ; celui enfin de la mobylette d'un agent de police. Tout cela va finir par entraîner l'intervention de la justice des mineurs, et la demande par le juge d'une enquête sociale avant de décider de la mesure à prendre. Cette enquête conclut à la nécessité du placement dans un internat éducatif spécialisé tant la situation familiale est perturbée et tendue : les disputes entre les parents sont nombreuses, les affrontements entre Samson et son père de plus en plus fréquents et violents.

Mme R... est décrite comme une femme passive, peu en contact réel avec ses enfants, semblant avoir avec eux et surtout avec Samson des rapports sur le mode de la complicité face à M. T... ; celui-ci apparaît comme un homme impressionnant par sa carrure, d'un autoritarisme sans nuance surtout avec « son fils » Samson, alcoolique, supportant très mal son inactivité et sa déchéance physique. Il semble qu'il soit en définitive attaché à ses propres enfants, qu'il ait réellement « gâté » Samson mais dans une alternance peu cohérente de gratifications et de répressions excessives. Notre patient a grandi en éprouvant une espèce de fascination très ambiguë, pleine d'admiration et de crainte face à ce père ressenti comme tout puissant et qu'il se sent plus ou moins poussé par sa mère à affronter. Cette enquête fait encore allusion à une « histoire

de mœurs » dans la famille, à des relations sexuelles, semble-t-il entre un frère et une sœur aînés, ce que Samson confirme en réprochant violemment la tolérance de ses parents à ce sujet : « ils n'ont rien fait ». Au sein du foyer éducatif où il reste deux ans, il semble s'organiser sur un mode psychopathique, avec une tendance très nette, où qu'il soit, à entrer en conflit ouvert avec le directeur, le patron, celui qui est censé détenir l'autorité et la puissance.

Ce qui nous est apparu de très particulier chez lui, c'est la survenue épisodique de *courtes périodes dépressives* avec refuge dans son lit, repli sur lui-même et refus de contact, un début et une fin rapides, le relais parfois par des conduites agressives ou des *passages à l'acte*, ou bien par des moments dominés par un *fonctionnement mental très projectif* : par exemple, son voisin de lit avec qui au foyer il s'entendait bien est accusé de lui avoir volé quelque chose, « d'avoir monté » les autres contre lui.

BIBLIOGRAPHIE

BERGERET (J.). — Hypothèses sur les problèmes du caractère. In « La personnalité normale et pathologique », Dunod édit., 1974, pp. 167-227.

BRAUNSCHWEIG (D.), LEOVICI (S.), VANTHIEL-GODFRIND (J.). — La psychopathie chez l'enfant. *Psychiat. Enf.*, 1969, 12, pp. 5-106.

FLAVIGNY (H.). — De la notion de psychopathie. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1977, 25, pp. 19-75.

LAINE (T.), LANOUZIERE (J.) et DELAGE (M.). — Conflit, répétition et pathologie du caractère. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1972, 20, pp. 417-433.

LANG (J.L.). — Les organisations caractérielles. *La Revue de Médecine*, 1974, 15, pp. 2801-2826.

MAZET (Ph.), SIBERTIN-BLANC (D.). — Dépression

de l'adolescence et carence précoce de soins maternels. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1976, 24, pp. 309-318.

VAN THIEL-GODFRIND (J.). — Relation entre la mère et l'enfant en Psychopathie. *Psychiat. Enf.*, 1971, 14, pp. 503-530.

« La psychopathie chez l'enfant » (table ronde). — *Psychiat. Enf.*, 1971, 14, pp. 531-576.

« Les psychopathes » Table ronde avec BERIOT (Y.), BRAUNSCHWEIG (D.), FLAVIGNY (H.) et PICHOT (P.). — *Rev. Neuropsychiat. inf.*, 1977, 25, pp. 77-87.

WIDLOCHER (D.) et BASQUIN (M.). — Pathologie du caractère. *Encycl. Médic. chir., Psychiatrie*, 1968, 37320 A 10, pp. 1-10.

LES ORGANISATIONS ANACLITIQUES

On commence à mieux connaître en psychopathologie de l'enfant certaines organisations mentales qui n'appartiennent ni au registre psychotique ni au registre névrotique et qui, s'exprimant par une symptomatologie très variée, sont caractérisées par l'existence constante de failles narcissiques importantes donnant au vécu et aux relations du sujet des particularités qu'on ne doit pas méconnaître d'un point de vue pronostique et thérapeutique.

Deux types de travaux, tous d'orientation psychanalytique, en sont responsables. Ce sont d'une part des travaux de psychanalystes d'adultes centrés sur le narcissisme et les troubles narcissiques de la personnalité (par exemple H. Kohut, O. Kernberg, aux U.S.A. ; B. Grunberger, J. Berge-ret en France) ; ce sont d'autre part les travaux de psychiatres et de psychanalystes d'enfants sur la dépression dans l'enfance, mais aussi sur certains troubles « instrumentaux » et la pathologie du caractère.

Nous allons envisager d'abord les manifestations qui amènent l'enfant en consultation ou qui doivent attirer l'attention, puis les éléments que l'analyse psychopathologique va mettre en évidence.

LES MANIFESTATIONS CLINIQUES

Les manifestations sont très variées.

Les troubles du comportement sont parfois au premier plan ; l'enfant est décrit comme « difficile », instable, agressif, opposant, exigeant. A vrai dire, il est peut-être plus souvent question d'une succession de « bons moments » où il apparaît très « gentil, affectueux..., on en fait ce qu'on veut... » et de « mauvais moments » où il est « impossible » et qui sont faits de provocations agressives souvent incluses dans une relation en partie sadomasochiste avec l'entourage.

A l'inverse, il peut s'agir d'une *grande inhibition* d'un enfant très « sage », très conforme, qui ne fait pas parler de lui, ni à l'école, ni à la maison, dont la réussite scolaire et dans d'autres activités souvent imposées (musique, etc...) peut d'ailleurs masquer les difficultés sous-jacentes.

Ce peut être encore un *état de grande immaturité affective et de dépendance* dont les conduites sont plus celles d'un enfant très jeune que de 8 ou 10 ans par exemple, sans par ailleurs de décalage dans les autres domaines.

Il n'est pas rare, au contraire, que la consultation ait lieu pour des *problèmes dits « instrumentaux »* : certaines dyslexies, certaines dyspraxies, une grande hyperkinésie, etc. Rien au premier examen ne permet le plus souvent de rattacher ces troubles à une carence narcissique. Mais c'est l'échec bien particulier des tentatives de rééducation instrumentale (orthophonie, rééducation psychomotrice) qui peut y faire penser.

Parfois, les manifestations somatiques (vomissements, nausées par exemple) et psychologiques (grand état de désarroi) d'une *vive angoisse de séparation* viennent signer le profond malaise de l'enfant privé de ses appuis habituels, familiaux notamment.

On pourrait encore évoquer *certaines conduites suicidaires* inattendues chez un enfant jusque

là « sans problèmes » selon l'entourage et liées à un événement objectivement minime (mauvaise note scolaire, réprimande de telle ou telle personne très investie par l'enfant) qui a entraîné une blessure narcissique massive et un sentiment de détresse, d'abandon insoutenable.

Bien d'autres manifestations peuvent encore se voir. Mais ce qu'il est indispensable d'essayer dans tous les cas de repérer le mieux possible lorsqu'on voit l'enfant, qu'on s'entretient avec lui, avec ses parents, c'est *l'éventuelle importance de sa souffrance dépressive*. Peuvent en témoigner :

- une attitude de tristesse, ou bien encore une attitude de retrait ou de désintérêt avec une apparence d'ennui ;
- un aspect de mécontentement avec une faible capacité à trouver du plaisir et à obtenir quelque satisfaction, dans les jeux par exemple ;
- un sentiment d'être mal aimé voire rejeté, coïncidant avec une tendance à se détourner rapidement des partenaires vécus comme décevants ;
- une incapacité à recevoir une aide ou un réconfort sans manifester bientôt une attitude de dépit ou d'instabilité ;
- une tendance générale à regresser vers une attitude passive, des attitudes d'échec, etc...

PSYCHOPATHOLOGIE

1) L'ANALYSE PSYCHOPATHOLOGIQUE de l'enfant est évidemment indispensable pour recueillir les éléments susceptibles d'orienter vers une telle organisation psychopathologique.

Il met en évidence *une position dépressive sous-jacente*, active et assez facilement mobilisée par un événement pouvant prendre le sens d'une perte ou de menace de perte d'objet. Nous avons vu d'ailleurs que l'on pouvait voir d'authentiques moments dépressifs ou même une dépression quasi chronique cliniquement repérables. Quoi qu'il en soit, les sentiments de dévalorisation, par exemple celui d'être un objet déprécié, à terminer ou à réparer, volontiers alimenté d'ailleurs par les propositions thérapeutiques, les rééducations notamment, sont constants ; les sentiments de culpabilité, habituels : l'enfant se fait des reproches concernant ses sentiments et ses attitudes passées ayant pu entraîner selon lui la situation qui alimente son angoisse d'abandon. *Les failles narcissiques sont importantes*, le nécessaire et normal amour de soi est déficient. « L'estime de Soi » (Self esteem), le « respect de Soi » (Self regard) pour reprendre la terminologie d'E. Jacobson n'ont pu se constituer normalement ; par contre, le « sentiment de Soi » (Self feeling d'E. Jacobson) dérivant de la perception d'un Soi intégré, n'est pas nettement altéré contrairement aux états psychotiques ou prépsychotiques.

Cette altération narcissique impose en grande partie un style relationnel au sujet : l'objet à la fonction d'assurer des apports narcissiques. Tout cela donne *un type de relation d'objet dit anaclitique*. Comme l'indique l'étymologie du terme grec « anaklitos », il s'agit de se retrouver renversé en arrière, couché sur le dos, de façon essentiellement passive. C'est bien là le propre de l'organisation anaclitique : il faut s'appuyer sur un objet tout aussi bien en attente passive et en quémance de satisfactions positives qu'en manipulations beaucoup plus agressives, évidentes ou non, de ce partenaire indispensable. Celui-ci ne représente pas vraiment un parent œdipien ; l'élaboration génitale n'est pas assez avancée pour le permettre.

L'angoisse dépressive est, avons-nous dit, facilement réveillée chez cet enfant. Elle survient dès qu'il s' imagine que son objet anaclitique risque de lui faire défaut, de lui échapper, de l'abandonner. Le terme même « d'abandonnisme » utilisé ici dans une perspective purement phénoménologique et non étiologique, s'applique assez bien à certains enfants anaclitiques où le vécu abandonnique est particulièrement manifeste. Cela nous fait évoquer la notion de « névrose d'abandon », décrite il y a plus de 35 ans dans une perspective structurale par G. Guex à partir de ses prises en charge psychanalytiques d'adultes ; il est intéressant de noter que dans la dernière édition de son ouvrage, elle ne parle plus de « névrose d'abandon » mais de « *syndrome d'abandon* », montrant bien par là qu'on

n'est pas dans un registre névrotique. Les patients y sont décrits comme des sujets affamés d'apports narcissiques, présentant un besoin de sécurité interne, une avidité et une revendication affectives, tous fort importants ; ils jouent selon elle sur deux tableaux : celui de l'agressivité et celui du masochisme. A propos de leurs éventuelles projections agressives sur autrui (telle personne n'est plus seulement ressentie comme aimant et aidant insuffisamment le sujet mais comme hostile), G. Guex note que cela peut donner au tableau un aspect pseudo-psychotique et dénonce l'erreur de diagnostic possible avec la psychose, insistant sur la mobilité, l'absence de fixité et de rigidité des interprétations abandonniques. Il nous semble que toute cette description faite chez des adultes correspond cependant assez bien à ce que nous voyons chez certains enfants.

C'est dans de telles structures anaclitiques que les failles narcissiques imposent la formation d'un *Idéal du Moi archaïque et mégalomane* qui est projeté sur une figure parentale devenant donc toute puissante : comme le dit aussi J. Bergeret, c'est « avec des ambitions héroïques, démesurées de bien faire, pour conserver l'amour et la présence de l'objet, que ces sujets vont aborder leur vie relationnelle, beaucoup plus qu'avec des culpabilités d'avoir « mal fait » sur le mode génital et œdipien et d'en être puni par la castration » ; cela rejoint le point de vue de H. Kohut qui parle de « Soi grandiose » à propos de telles personnalités dites narcissiques.

2) Le problème de LA GENESE DE L'ORGANISATION ANACLITIQUE pose évidemment la question de la part éventuelle d'abandons traumatiques, de ruptures relationnelles précoces et répétées, réellement vécus par l'enfant. Les points de vue sont assez partagés. Parmi ceux qui mettent l'accent sur l'importance de la réalité externe, des événements, il faut citer J. Bowlby qui d'ailleurs insiste aussi sur les menaces d'abandon plus ou moins explicitement faites par les parents, en l'absence de séparation vraie. Beaucoup, en fait, considèrent qu'il s'agit bien plus d'attitudes affectives défavorables de l'entourage, de parents souvent très ambivalents à l'égard de l'enfant et dont le propre narcissisme est mal établi. G. Guex dit aussi « les événements traumatiques générateurs d'anxiété de l'abandon paraissent jouer un rôle secondaire et leur action, nullement nécessaire à la formation du syndrome, ne fait en général que renforcer celle d'un milieu familial défectueux s'exerçant sur une nature particulièrement inapte à supporter les privations de la vie ». En pratique, il faut bien reconnaître qu'il n'est pas rare, lorsqu'il s'agit d'enfant, de retrouver des conditions réelles ayant pu donner corps à ces sentiments ou fantasmes d'abandon.

3) De telles organisations anaclitiques sont considérées par J. Bergeret et J. Lustin comme des structures indifférenciées ou bien encore comme des états limites. Il nous semble dans notre expérience qu'il s'agit déjà d'organisations assez différenciées, caractérisées par un fonctionnement mental particulier centré sur une activité défensive contre l'anxiété de perte d'objet, organisations plus ou moins évolutives d'ailleurs comme le montrent bien ces auteurs puisqu'elles peuvent soit ne pas changer à l'âge adulte ou bien évoluer vers une caractéropathie ou bien encore se décompenser gravement surtout dans le registre de la dépression mais aussi dans une pathologie psychosomatique (rectocolite ulcéro-hémorragique) parfois très tardivement dans l'existence. De même l'expression état limite utilisée ici par J. Bergeret pose problème car cette expression recouvre pour beaucoup des états différents, plus proches d'un fonctionnement psychotique (para ou prépsychotique) ; le terme de personnalité narcissique avec un « sentiment de Soi » intégré est ici généralement préféré (O. Kernberg, H. Kohut) à celui d'état limite.

OBSERVATIONS CLINIQUES

Valérie D... pleure beaucoup pendant le premier entretien, en évoquant toutes les déceptions que lui a apportées sa liaison, la première, avec un ami médecin. C'est une très jolie jeune fille de 19 ans, avec de longs cheveux, habillée de manière très classique, s'exprimant avec précision. Elle est la fille unique de hauts fonctionnaires qui travaillent ensemble ; elle est actuellement en première année d'études médicales. « J'échoue sur toute la ligne ... mes études ... André ... ». Elle connaît André depuis un an, il est médecin, a 38 ans ; « J'ai voulu l'aider, il avait l'air très malheureux ... il était gentil, timide ... et puis il est devenu dur, il ne pense qu'au sexe ... et puis, me dire que je suis froide ... heureusement que j'ai ma mère ... ».

Madame D... a d'ailleurs accompagné sa fille ; leur ressemblance est frappante. Voici très résumé ce qu'elle est amenée à dire de Valérie, tout en retenant elle aussi ses larmes : « ça ne va pas avec son ami médecin ... il devrait se faire psychanalyser, il ne pense qu'au sexe ... il est dur, timide, complexé ... avant Valérie était gaie ... mais elle n'aimait pas les flirts, ses amies la poussaient ... elle a toujours été complexée dans ce domaine comme moi d'ailleurs ... J'ai toujours été plus qu'une amie pour elle ... mon mari, à propos d'André, n'est pas au courant ... ».

Au terme de cet entretien, Valérie apparaît manifestement déprimée et ce, semble-t-il, en réaction à la relation très conflictuelle qu'elle a avec son ami ; elle fait par ailleurs très adolescente un peu naïve, qui ne comprend pas ce qui lui arrive.

Des entretiens hebdomadaires pendant plusieurs mois vont lui permettre d'exprimer mieux ce qui se passe en elle, de parler de ses parents, de ses premières années d'adolescence et aussi de son enfance. A propos de sa liaison avec André qui est le premier garçon avec qui elle a eu des relations sexuelles, on peut dire que Valérie s'est jetée à l'eau, poussée à la fois par l'aspect un peu pitoyable de ce médecin qui n'exerçait pas, par ses amies de terminale qui lui disaient qu'elle n'était pas comme les autres à ne pas avoir d'ami et par sa propre peur d'être « anormale » dans ce domaine. Cette relation, passée les premières semaines où elle a enfin eu le sentiment d'être « comme les autres », a été vite très décevante sur tous les plans. De sa mère, elle ne peut guère dire plus que le fait qu'« elle est formidable ... mais elle aussi, sensible et un peu dépressive ... » ; son père est ressenti comme distant, « ne se posant jamais de questions ... ne la comprenant pas ... » pas plus maintenant qu'autrefois. En évoquant son enfance, elle se décrit d'abord comme une enfant « gaie », une bonne élève, faisant de la danse et du piano, tout en reconnaissant peu à peu une certaine anxiété majorée hors du milieu familial, à l'école par exemple où des résultats simplement moyens l'ont plusieurs fois mise dans un état de désarroi important.

Après plusieurs mois, elle a été amenée à parler de ses premières années d'enfance, là encore décrites d'abord comme « heureuses » pour ensuite préciser que jusqu'à quatre ans, elle a passé en alternance six mois chez ses grands-parents maternels en Auvergne, six mois avec ses parents, à Paris. Elle a, à ce propos rapporté un fait que sa mère lui a rappelé récemment : vers l'âge de trois ans, Valérie a fait, plusieurs semaines après la séparation, un violent reproche à sa mère (venue la voir) d'être partie, après l'avoir amenée chez ses grands-parents maternels, sans lui dire au revoir : « ne fais plus jamais ça, maman ... ». C'est à peu près à la même époque aussi qu'il est apparu à sa mère que la personne qui gardait Valérie dans la journée à Paris ne s'occupait que très peu d'elle, ce qui l'a amenée à changer de gardienne ; ainsi Valérie pouvait-elle rester des journées derrière la fenêtre à guetter l'arrivée de sa mère, laquelle d'ailleurs a « disparu » peu avant pendant deux mois, à la suite d'une hospitalisation en urgence, Valérie n'ayant pu voir sa mère pendant cette période où elle a été confiée en permanence à cette nourrice qui avait d'ailleurs d'autres enfants à garder. Il a été aussi question de l'entrée en maternelle à quatre ans : elle pleurait beaucoup et sa mère n'a pas insisté ; l'année suivante, toujours en maternelle, elle se décrit ainsi : « Je n'ouvrais pas la bouche, je pleurais, j'éclatais en sanglots parfois ... ensuite à l'école primaire ça a été ... ».

Lors du dernier entretien (il était convenu que nous nous reverrions après les vacances), elle a dit que c'était enfin fini avec André et qu'elle avait fait connaissance, il y a plusieurs semaines, d'un ami de 28 ans, auvergnat, « solide », un kinésithérapeute, pompier à ses heures, et qu'elle envisageait de se marier avec lui.

En définitive, on peut noter dans cette observation qu'au-delà de l'aspect réactionnel de la dépression et de la problématique très adolescente de cette jeune fille, il existe une grande fragilité narcissique décelable dès l'enfance sous son aspect de petite fille inhibée ayant une angoisse de séparation majeure puis de grande fille très conforme, surinvestissant la scolarité et ayant de multiples activités dites de « loisir » (danse, piano) ; nous avons aussi souligné le caractère très proche et pourrait-on presque dire, très anaclitique de part et d'autre, entre Valérie et sa mère. Nul doute en tout cas qu'aussi bien André que son ami auvergnat et aussi que nous-même à un certain niveau, ayons représenté une relation de soutien plus destinée à alimenter le narcissisme défaillant de Valérie qu'à faire apparaître un véritable parent œdipien, comme les apparences pouvaient le laisser penser.

Robert E..., 18 ans, a dû être hospitalisé pour un état dépressif important.

L'histoire de ce patient a surtout été relatée par l'éducateur qui l'a amené en consultation, Robert lui-même restant très vague sur son passé et disant « ne pas s'en souvenir ».

Né « de père inconnu », il est peu après sa naissance confié « à l'assistance publique », car sa mère, pupille de l'état, doit alors être hospitalisée en milieu psychiatrique. Il est bientôt placé en nourrice ; le premier changement a lieu au bout de quelques mois, un deuxième vers 5 ans, un troisième vers 10 ans. Robert dit n'avoir aucun souvenir des deux premières nourrices ; quant à la dernière, il la décrit comme ne s'occupant pas de lui et même le battant. Il est ensuite mis dans un C.E.T. où il fait un apprentissage de menuiserie. Voici une des lettres qu'il écrit alors à sa mère, toujours hospitalisée en service psychiatrique (il ne l'a en définitive vue que 4 à 5 fois) ; il a un peu moins de 15 ans :

« Chère Maman. Je suis en bonne santé mais j'ai un grand problème qui m'ennuie jours après jours. Je suis menuisier mais dans cette branche, je travaille mal et mon classement est mal. J'en ai marre de rester tous les semaines dans ce collège. Je veux être agriculteur. Tu sais, ce n'est pas un déshonneur. C'est un métier comme les autres. J'aime les plantes. Je préfère la vie de la campagne que celui d'un atelier. Je sais, tu vas m'en vouloir. Mais ce n'est pas de ma faute. Je ne peux pas faire un métier que j'aime pas et dans mon cœur j'aime mon vrai métier c'est comme un amour. Je préfère vivre dans une ferme que j'aimerais que être un vagabond. Tu me dira ce que tu en pense. Je t'aime bien. Quand j'étais tout petit, je devais avoir un père et c'est pour cela que je suis un enfant de l'Assistance Public. Tu m'excusera Maman. Robert ton chéri. »

Au bout de 2 ans, il quitte ce C.E.T., travaille comme manutentionnaire aux Galeries Lafayette. C'est ensuite dans

l'horticulture qu'il se retrouve, logeant alors dans un foyer de jeunes travailleurs où il semble avoir de bonnes relations avec le directeur. Mais celui-ci le renvoie un jour parce que Robert avait recueilli **un petit chien abandonné** et l'avait amené au foyer, ce qui était strictement interdit. Il est alors seul dans une chambre d'hôtel minable, voyant de temps en temps « son éducateur » (dépendant de la D.A.S.S. des Yvelines) qui l'amène donc bientôt en consultation tant il le trouve déprimé. Robert est alors hospitalisé.

En effet, son état dépressif est majeur, marqué par une grande inhibition qui le laisse isolé, incapable ou presque et alors à regret, d'exprimer ses sentiments d'abattement, de non-valeur personnelle et de solitude. Il n'y a pas de demande verbalisée d'aide. Après plusieurs semaines, il finit par sortir de sa dépression ; un traitement antidépresseur à base de clomipramine a dû être institué.

Il apparaît alors comme un grand abandonnique répondant tout à fait à la description de « l'abandonnique élémentaire » décrit par G. Guex, dominé par la nécessité interne de satisfaire un besoin primordial écartant tous les autres, celui de sécurité. Ses sentiments de non-valeur et la pauvreté de la sexualité sont manifestes ; dans les entretiens, il n'aborde pas de thème sexuel, sinon pour dire une fois : « une fille, non pas encore... », « il faut d'abord choisir quoi faire... ». A ce propos, il exprime son extrême intérêt pour les animaux (cf. l'histoire du petit chien abandonné) et envisage de travailler en milieu rural.

En définitive, il sortira au bout de quatre mois ayant décidé de travailler dans un hôpital d'enfants où il est actuellement agent hospitalier. Il revoit régulièrement l'interne qui s'en est occupé pendant son hospitalisation et lui a livré des préoccupations concernant ses origines et son identité : « est-ce que mon père (il ne l'a jamais connu et sa mère ne lui en a pas parlé) est juif ou martiniquais » ? On mesure tout le travail de restauration narcissique, s'appuyant sur son besoin de relation anaclitique, qu'il y a à faire avant que Robert se sente vraiment mieux.

BIBLIOGRAPHIE

BERGERET (J.). — La personnalité normale et pathologique. Dunod, 1974, 333 p.

GUEX (G.). — Le syndrome d'abandon. Presses Universitaires de France, 2^e édit., 1973, 145 p.

KERNBERG (O.). — Narcissisme normal et pathologique. Nouvelle Revue de Psychanalyse, Edit. Gallimard, 1976, n° 13, pp. 181-204.

KOHUT (H.). — Le Soi (trad. M.A. Lussier). Presses Universitaires de France, 1974, 374 p.

LUSTIN (J.J.). — Divers types d'organisations dépressives et états limites chez l'enfant. In « Psychologie pathologique », J. Bergeret. Masson édit., 1976, 2^e édit., pp. 270-274.

MAZET (Ph.) et SIBERTIN-BLANC (D.). — Dépression de l'adolescence et carence précoce de soins maternels. Rev. Neuropsychiat. Infant., 1976, 24, pp. 309-318.

LES ETATS PSYCHOTIQUES

L'intérêt pour le domaine de la psychose de l'enfant est actuellement très grand, tant dans les milieux spécialisés que dans le grand public ; il n'est pas inutile d'en rapprocher d'ailleurs le peu d'attention, voire la réticence manifestée à l'égard de la déficience mentale grave. On assiste même à une véritable inflation de la notion de psychose infantile ; ainsi le diagnostic va jusqu'à être évoqué par certains spécialistes chez près d'un tiers des enfants vus dans une consultation de psychiatrie de l'enfant !

Cela pose évidemment, si l'on ne veut pas assister à une volatilisisation du concept, le problème d'une délimitation aussi claire que possible de cette notion récente dans l'histoire de la psychiatrie de l'enfant. Ce problème est à vrai dire fort complexe tant les références utilisées par les différents auteurs sont multiples. Il n'est ainsi pas possible d'en donner d'emblée une définition précise. Tout au plus, peut-on dire dans une première approche sommaire, que ce terme de psychose de l'enfant recouvre un groupe vaste et polymorphe dans son expression clinique comme dans ses potentialités évolutives, d'états s'installant avant la puberté et caractérisés par *des perturbations sévères de l'organisation de la personnalité entravant de façon radicale l'appréhension de la réalité par l'enfant*, de la réalité d'autrui comme de la sienne propre.

Nous allons essayer de préciser progressivement cette notion en faisant un bref rappel historique général puis une étude clinique suffisamment détaillée des divers états psychotiques de l'enfance, abordant aussi les troubles décrits sous les termes de prépsychoses et d'états-limites. Sont envisagés ensuite les différents facteurs en cause et les grandes conceptions tentant de rendre compte de la survenue d'une psychose infantile. Quelques notions concernant l'évolution, le devenir d'un enfant psychotique, terminent ce chapitre ; c'est l'occasion d'y aborder les idées générales sur la prise en charge de ces enfants.

BREF RAPPEL HISTORIQUE

La notion de psychose de l'enfant est d'individualisation récente. Il est intéressant de voir qu'elle n'a pu se faire jour qu'à partir du moment où on a su abandonner deux points de vue qui pesaient lourdement sur l'abord des troubles mentaux de l'enfance :

— Le point de vue adultomorphique d'abord : il consiste à considérer l'enfant comme un adulte en réduction au lieu de le considérer en lui-même avec sa dynamique propre et aboutit ainsi à la description de « la démence précocissime » en 1908 par Sancte de Sanctis sur le modèle Kraepelinien de la démence précoce, ou à la notion de schizophrénie de l'enfant de Lutz sur le modèle de la schizophrénie de l'adulte jeune de Bleuler.

— Le point de vue consistant à envisager tous les troubles mentaux importants de l'enfance comme une arriération, dans une perspective généralement organiciste, fut un autre obstacle à l'émergence de cette notion de psychose qui doit beaucoup, en dépit de la diversité des hypothèses pathogéniques, aux travaux de psychiatres de formation ou d'orientation psychanalytique ; n'oublions pas par exemple que M. Klein traite des enfants psychotiques vingt ans avant la description par L. Kanner de l'autisme infantile précoce (1943).

Ainsi, sous l'influence successive de psychiatres américains (vers les années 1940, L. Despert, L. Kanner, L. Bender et plus près de nous M. Mahler, B. Bettelheim, etc.) et européens (D.W. Winnicott, en France G. Heuyer et ses élèves, D.J. Duche, S. Lebovici) s'est dégagée l'idée de formes de psychoses propres à l'enfance d'abord appelées schizophrénies infantiles. Ce terme est maintenant à peu près abandonné par tous au profit de celui de psychose infantile, pour marquer la profonde différence qu'il y a entre le processus dissociatif de la schizophrénie de l'adolescence ou de l'adulte jeune et ce qui se passe chez l'enfant avant la préadolescence.

ETUDE CLINIQUE

L'abord clinique des psychoses de l'enfant nous confronte à un problème difficile : la diversité des descriptions cliniques et la multiplicité des classifications, ceci en raison notamment de la variété des modèles théoriques de référence des auteurs qui se sont attachés à leur étude.

Nous utilisons ici les grandes lignes de la classification de R. Mises d'ailleurs reprise par l'O.M.S. Elle distingue :

— les psychoses précoces, se manifestant dans les trois ou quatre premières années, qu'elles soient autistiques ou non et qu'elles comportent une dimension déficitaire ou non. Elles concernent les premières relations de l'enfant et le développement même des grandes fonctions mentales de telle sorte que les aspects cliniques sont différents de ceux que revêtent.

— les psychoses d'expression plus tardive, à partir de 4-5 ans ; là, l'enfant est parvenu à élaborer sinon à maîtriser des moyens d'expression et de communication évolués notamment sur le plan du langage oral.

Bien entendu nous allons essayer de préciser les notions voisines de prépsychose, d'état limite, de dysharmonie évolutive ou encore de comportements atypiques.

A — LES PSYCHOSES PRECOCES

1) Les psychoses autistiques

Le tableau est très caractéristique dès l'âge de 2 ans dans les formes autistiques très précoces comme celle de « l'autisme infantile précoce » de L. Kanner (1943) ; bien entendu, comme nous le verrons, bien des comportements doivent permettre d'en faire le diagnostic plus tôt.

Il est aussi des aspects autistiques secondaires apparaissant dans l'évolution de distorsions psychotiques précoces initialement non autistiques.

La symptomatologie peut être décrite en quatre rubriques :

a) *l'isolement autistique*, c'est l'« aloneness » de L. Kanner que l'on peut traduire encore par solitude, retrait autistique.

L'enfant paraît ne pas entendre les bruits, les voix, ne pas voir ni les objets ni les personnes. En fait, une observation moins superficielle montre que l'enfant est sensible électivement à tel bruit, entend bien dans telle situation ; d'ailleurs, il est généralement très intéressé par la musique, de la même façon, il évite les obstacles ; il a volontiers un « regard périphérique », semblant regarder à l'horizon, comme à travers les gens, ou bien encore a un regard par coups d'œil très fugitifs.

A l'égard des personnes, enfants et adultes, l'enfant autiste semble manifester un désintérêt quasi-total ; il se comporte comme s'il était seul, comme si les autres n'existaient pas ; tout au plus va-t-il s'intéresser à une partie de l'autre, sa main, un détail vestimentaire par exemple, ou parfois va-t-il ébaucher un contact très fugitif, très partiel. Il existe en effet *un très net refus du contact* ; si on essaie de le forcer, l'enfant réagit comme à une intrusion brutale, une crise d'agitation avec exagération des stéréotypies et auto-agressivité (l'enfant est amené à se cogner violemment la tête par exemple contre

quelque chose de dur) peut survenir. Il existe aussi une absence d'expression affective manifeste : l'enfant ne rit pas, ne pleure pas, mais nous avons vu que des explosions de rage à tonalité angoissée peuvent survenir et nous pouvons percevoir à certains moments la souffrance de l'enfant.

A l'égard des objets, il a volontiers, tout au moins pour certains objets, un intérêt compulsif non pour leur usage ou dans un sens symbolique mais pour les manipuler, les flairer, les faire tourner ; il a en effet une prédilection pour les objets tournants ; on a décrit un comportement particulier vis-à-vis des objets : l'enfant avance sa main comme pour saisir l'objet puis la retire brusquement (signe du cube brûlant).

A l'égard de son corps (jeux prolongés et curieux avec ses doigts, apparente insensibilité à la douleur parfois), ses attitudes semblent traduire des anomalies profondes dans sa perception.

b) le besoin d'immuabilité

C'est le « sameness » de L. Kanner, terme qui n'a pas d'équivalent en français. Il s'agit du besoin impérieux de l'autiste de maintenir et de restituer, le cas échéant, son environnement matériel habituel, dont la permanence, la stabilité des repères font l'objet de vérifications diverses, plus ou moins ritualisées ; il faut que chaque objet soit à une place fixe et définitive ; l'enfant a « son coin » où il peut rester des heures ; il peut avoir des crises de rage quand l'environnement est modifié. Dans le même sens il a parfois le besoin de compléter ou de faire compléter les phrases qu'il entend de façon à ce qu'elles correspondent à ce qu'il a entendu la première fois que ces phrases ont été émises devant lui ; de même, il a aussi le besoin de compléter les objets et peut avoir des manifestations d'angoisse devant un objet cassé ou incomplet.

Les conduites d'exploration, parfois très prolongées et très minutieuses, qu'il a volontiers lorsqu'il est transporté dans un nouvel environnement, sont à en rapprocher.

c) Les stéréotypies sont très caractéristiques.

Elles sont de deux sortes :

- Des stéréotypies gestuelles : répétition de mouvements des mains ou des doigts (battements, tapotages, etc.), des bras (mouvements de battements d'aile), rotation de l'enfant sur lui-même, balancements divers d'un pied sur l'autre par exemple ; une certaine valeur auto-érotique, un besoin d'animer le corps et de le percevoir sont en cause. Parfois on note des activités ritualisées plus complexes : vérifications, ritualisations d'activités alimentaires, d'habillement, de jeu, d'activités sphinctériennes.

- Des stéréotypies verbales sont constantes lorsque l'enfant a un langage.

d) Les troubles du langage sont en effet constants. Plusieurs situations peuvent se voir.

L'enfant n'a aucun langage, n'émet aucun son ou marmonne, chantonne, parfois il émet un jargon qui a la mélodie du langage mais ne revêt aucune signification.

Ou bien l'enfant a un langage qui a peu ou pas de valeur de communication ; l'écholalie (répétition de mots ou de phrases plus ou moins longues) est fréquente, l'incapacité à utiliser correctement les pronoms personnels (l'enfant parle de lui à la deuxième ou à la troisième personne, « tu » ou « il » et n'utilise pas le « je ») est très caractéristique.

Outre ces signes, L. Kanner avait insisté dans ses premières descriptions sur l'aspect intelligent de l'enfant autistique contrastant avec la pauvreté de ses activités et sa quasi-absence de communication. Certains enfants sont en effet capables de performances dans tel ou tel secteur, faisant preuve par exemple d'une mémoire remarquable pour retenir des chansons, des poèmes, reconstituer des puzzles ; de même beaucoup d'enfants autistiques frappent réellement par ce contraste, mais il faut souligner le caractère subjectif de ce critère « air intelligent », l'enfant étant bien entendu non testable. Il se pose là un problème de frontière entre autisme précoce infantile et certaines psychoses à expression déficitaire.

Le développement physique est en général normal, leur santé est en règle bonne voire excel-

lente, bien qu'on ait décrit dans un pourcentage important de cas des antécédents somatiques et notamment dans près de 20 % des cas, des crises comitiales, comme on le verra plus loin.

2) Les psychoses symbiotiques

Elles ont été décrites par M. Mahler (1952) en référence à la conception théorique du développement et la notion de processus de séparation — individuation qui sont les siennes et que nous avons développées lors de l'étude générale du développement affectif (cf. 1^{er} volume). M. Mahler oppose les psychoses autistiques aux psychoses symbiotiques qui, dit-elle, « représentent une fixation ou une régression à un stade plus différencié de la personnalité... c'est-à-dire au stade de l'objet partiel, qui apporte satisfaction des besoins... Dès lors, les portraits cliniques sont infiniment plus complexes, nuancés et variables que dans les cas d'autisme infantile précoce... ».

Ainsi est-elle amenée à décrire un syndrome symbiotique fait par exemple de :

- une irrégularité de développement et une vulnérabilité frappante du Moi en voie d'éclosion à toute frustration minime ;

- de réactions extrêmes aux échecs mineurs qui adviennent normalement au cours de la période des exercices ; par exemple, ce sont des enfants qui abandonneront la marche pendant des mois parce qu'ils sont tombés une fois ;

- une angoisse massive de séparation et d'annihilation en réponse à des expériences aussi courantes que l'entrée en maternelle, une hospitalisation, etc. ;

- en effet ce qui caractérise surtout la nature symbiotique de la psychose de ces enfants, c'est que pendant la première ou les deux premières années il ne semble pas y avoir de troubles évidents, sauf peut-être des troubles du sommeil. Ces enfants sont décrits seulement comme des nourrissons pleurnichards ou hypersensibles. Les troubles deviennent manifestes soit progressivement soit soudainement à certains moments-clés du développement de la personnalité où l'enfant doit se confronter à une séparation de la mère, souvent à l'occasion d'un événement précis. « Alors le délire de la toute-puissance symbiotique s'en trouve menacée et il se produit de profondes réactions de panique. Ces réactions se manifestent habituellement pendant la 3^e ou la 4^e année, ou alors au point culminant du conflit œdipien... ». Les exigences de séparation et d'indépendance provoquent alors une « désorganisation » marquée par la perte de certaines fonctions, une détérioration du langage par exemple. Puis « se produit une réorganisation avec, à l'avant-plan, un éventail de symptômes psychotiques. Parmi ceux-ci, on peut voir : perte des frontières du Self... réaction excessive à tout échec, gestes magiques : « essuyer si on est touché », « repousser et s'accrocher », panique extrême sans motif connu ; écholalie et échopraxie ; préoccupations psychotiques pour un objet inanimé tel que ventilateur, électrophone, bocal de bébé et même un fil que l'on peut enrouler autour du doigt, bref « le fétiche psychotique ». Leur discours révèle de façon évidente la présence d'un processus psychique primaire et d'autres troubles de la pensée. On remarque aussi des symptômes de type catatonique, tels que la pose, la flexibilité molle, etc. ».

En fait, pense M. Mahler, on se trouve souvent confronté dans la pratique à un tableau clinique où « se retrouve un large spectre de traits autistiques et symbiotiques à l'intérieur du syndrome psychotique infantile ».

3) Les psychoses déficitaires

Ce cadre clinique est d'individualisation récente. Il est défini par la coexistence d'« une symptomatologie de type déficitaire et d'une relation psychotique » (R. Mises) ou encore « de la conjugaison de symptômes rattachables à une déficience ou un retard dans le développement de l'enfant et de symptômes exprimant une façon d'être au monde, d'y agir et d'y réagir par le biais de comportements, attitudes, ou dires qui en spécifient le caractère psychotique ». (J.L. Lang).

Ce cadre pose le problème des relations entre insuffisance mentale ou arriération et psychose. Il a l'avantage d'éviter les positions étiologiques a priori dont la plus commune est que la psychotisation est due à l'arriération qui est alors l'affection de base et dont l'étiologie est considérée comme organique. En fait, *on ne se place pas du tout à des points de vue identiques lorsqu'on parle de psychose, de déficience mentale et d'organicité.*

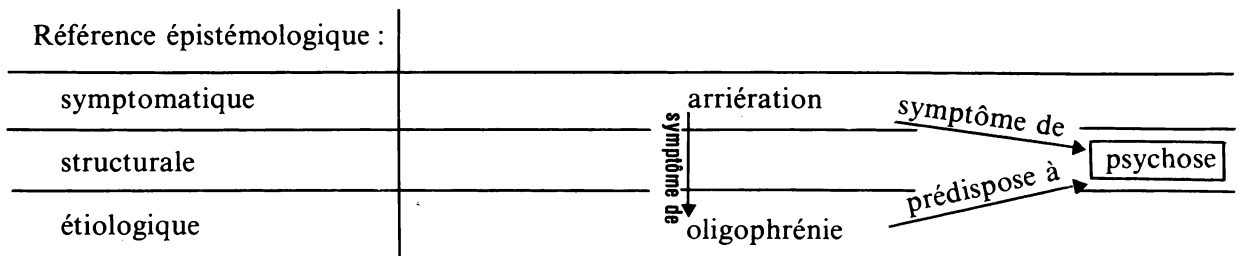
Poser le diagnostic de psychose, c'est reconnaître une structure psychopathologique particulière, un certain type de fonctionnement mental dans son ensemble. Parler de déficience mentale, c'est se référer à des normes de développement, c'est comparer l'efficacité mentale d'un sujet à celle d'une population de même âge et de conditions socio-culturelles comparables. Evoquer l'organicité, c'est-à-dire une atteinte cérébrale (lésionnelle ou fonctionnelle d'ailleurs), c'est se situer dans une perspective étiopathogénique. Il est évident que ces 3 notions de psychose, déficience mentale, organicité, renvoient à des points de vue épistémologiques différents.

Dans la pratique, il est vrai que de nombreuses affections cérébrales ont pour résultat un retard mental mais rien n'empêche de supposer que des affections purement mentales, sans atteinte organique aucune, puissent avoir le même résultat et à un degré comparable. Les insuffisances mentales d'origine organique vont prédisposer à des perturbations dans l'évolution de la personnalité, dans la mesure où l'insuffisance des moyens de communication avec l'entourage et de maîtrise mentale de la souffrance et des conflits rend inévitablement plus difficile, plus fragile, cette évolution de la personnalité.

Mais on sait, par ailleurs, qu'il n'est pas possible devant le seul tableau psychiatrique de psychose déficitaire d'affirmer ou d'infirmer l'existence d'une atteinte cérébrale puisque dans certains cas on pourra confirmer cette atteinte et dans d'autres cas on ne pourra jamais en apporter la preuve.

De plus, la découverte d'une organicité ne doit jamais servir d'alibi pour s'abstenir d'une étude structurale où se fonde le diagnostic.

Si on résume le terme « d'oligophrénie » aux insuffisances mentales d'origine organique, on peut résumer ainsi les relations entre arriération, oligophrénie et psychose (M. Soule, D. Houzel et S. Bollaert).



Voici les éléments de la symptomatologie clinique, selon R. Mises et M. Moniot.

— Le premier développement est tantôt globalement retardé de manière homogène, tantôt partiellement affecté : il existe alors une certaine dysharmonie entre les différents secteurs, dans certains cas est même notée une précocité de certaines acquisitions motrices fines ou sphinctériennes par exemple, lesquelles dans d'autres cas sont tout à fait inexistantes.

— Des troubles psycho-moteurs sont très fréquents, rendant compte des perturbations de l'émergence de l'identité de soi au niveau du « corps propre », perturbations qu'on recherche derrière le retard, les anomalies tonico-posturales, les dyspraxies, les troubles de l'organisation temporo-spatiale. La dimension relationnelle des anomalies est à préciser.

— Les troubles du langage sont constants, faits d'un retard global ou dysharmonique ou d'anomalies dans le maniement du langage déjà décrites et signant l'investissement particulier de celui-ci et les altérations massives de la communication.

— Des troubles de l'alimentation, en particulier anorexie très précoce, sont possibles.

— Les troubles du comportement peuvent éveiller l'attention sur l'originalité du syndrome déficitaire : agitation hypomaniaque, repli autistique, bizarreries et conduites étranges, comportements agressifs d'allure perverse. Des conduites auto-agressives, voire auto-mutilatrices, sont très fréquentes et se manifestent à l'occasion de frustrations pas toujours apparentes ou de séparations.

— L'anxiété se manifeste tantôt en des crises paroxystiques prises pour des colères, tantôt de façon sourde ; on voit rarement des aménagements élaborés de l'angoisse de type phobique, par contre les rituels sont fréquents.

Selon les cas, le versant déficitaire et la dimension psychotique de l'aspect clinique se combinent et évoluent différemment. Notons dès maintenant que le déficit mental est le risque majeur de l'évolution psychotique précoce et que ces formes à expression déficitaire peuvent être considérées comme des formes graves.

4) AUTRES ASPECTS CLINIQUES

a) *Signes très précoces d'évolution psychotique*

Les aspects cliniques que nous venons de décrire traduisent une évolution psychotique déjà importante. Il est évidemment capital d'un point de vue thérapeutique de repérer très tôt les troubles évoquant le début d'une distorsion psychotique.

Ces troubles se situent dans les dix-huit premiers mois. Aucun d'entre eux n'est évidemment spécifique d'une évolution psychotique ; c'est plutôt leur association, leur groupement qui sont évocateurs et dénotent une anomalie profonde de la communication entre l'enfant et son entourage, une perturbation massive de l'établissement de la relation d'objet. Ce sont (M. Soule, D. Houzel et S. Bollaert) :

— des troubles très précoces de l'alimentation : défaut de succion, anorexie, vomissements ;

— des troubles du sommeil, volontiers précoces et importants : l'insomnie peut être agitée avec cris, mouvements auto-agressifs (l'enfant se heurte la tête contre le lit par exemple) ; l'insomnie calme est encore plus évocatrice : on retrouve l'enfant éveillé, calme, les yeux grand-ouverts ;

— l'absence de l'attitude anticipatrice quand on prend l'enfant ; observée par A. Gesell dès le 4^e mois, l'attitude anticipatrice se traduit par un mouvement des bras de l'enfant qui se dirigent vers la personne qui va le prendre ; de même, l'absence d'ajustement postural de l'enfant porté dans les bras (il est comme une poupée de son) ou des dystonies (position anormalement défléchie de la tête) ;

— la non-apparition des premiers organisateurs de R. Spitz : sourire au visage humain, angoisse du 8^e mois ;

— un intérêt trop exclusif pour les jeux avec les mains devant les yeux, à partir de 5-6 mois, activité normale chez tous les enfants mais qui cesse habituellement lorsqu'on entre en contact avec eux ;

— l'inintérêt très tôt noté de ces enfants pour les jouets, grelots, hochets, etc. ;

— le désinvestissement ou la perte d'une acquisition (par exemple manger seul à la cuillère) après les premiers essais ; des comportements régressifs.

Bien souvent les mères gardent de la première année de leur enfant l'image d'un nourrisson particulièrement calme qui ne pleurerait pas ou très peu ; et c'est bien plus tard, devant des perturbations beaucoup plus importantes, qu'elles viennent consulter. Aussi les signes qu'on vient de décrire doivent attirer l'attention des pédiatres, puéricultrices, assistantes sociales, amenés à voir l'enfant lors d'un examen systématique ou en crèche.

b) *Distorsions psychotiques précoces*

Ces aspects se distinguent des formes autistiques et déficitaires par des anomalies relation-

nelles moins massives. Ils correspondent à peu près aux descriptions faites par R. Mises sous le terme de dysharmonie évolutive de structure psychotique ou bien à ce qui est décrit dans certaines prépsychoses précoces.

Ainsi on constate un certain isolement de l'enfant, une réduction des échanges relationnels, soit sous la forme de l'électivité de ces échanges avec la même personne, soit au contraire sous la forme d'une docilité mais sans participation active aux échanges avec les adultes qu'il semble mal différencier et traiter plus comme des objets.

L'anxiété est profonde, tantôt marquée par l'inhibition, l'instabilité, tantôt plus élaborée sous forme de phobies qui présentent des caractères de massivité et d'étrangeté et concernent volontiers le propre corps de l'enfant. Des comportements d'allure obsessionnelle sont fréquents, ainsi peut-on voir des rites et des cérémoniaux divers particulièrement envahissants aux moments de la journée les plus significatifs : repas, exonération, coucher ; ils dépassent largement les rituels habituels des enfants de 2-3 ans. Les troubles du langage sont là encore habituels mais divers : soit retard, soit au contraire précocité mais avec des anomalies dans l'organisation syntaxique ou une inversion, une indistinction pronominal où bien un investissement très particulier du langage : préciosité, usage ludique plutôt que communicatif, logorrhée ou au contraire mutisme, etc. Les anomalies dans la prise de conscience et de possession du corps propre ne sont pas toujours apparentes ; pourtant certaines mimiques, attitudes précieuses ou postures inadéquates, certains comportements devant le miroir ne manquent pas de les exprimer.

En l'absence d'un traitement précoce, ces distorsions psychotiques peuvent glisser vers un tableau autistique ou déficitaire ou bien évoluer vers une forme dite « de la phase de latence » ; mais l'évolution peut également grâce au traitement se faire dans un sens favorable.

B) LES PSYCHOSES A EXTERIORISATION TARDIVE

Au-delà de 4-5 ans jusqu'à la préadolescence, elles réalisent les classiques « psychoses de la période de latence ». Cette dernière expression est d'ailleurs discutable, le terme latence n'ayant plus guère ici que son sens chronologique (période de 6 à 11-12 ans) dans la mesure où précisément l'enfant psychotique n'a pu aborder réellement et encore moins assumer la situation œdipienne et entrer dans la phase suivante dite de latence.

Ces états psychotiques sont caractérisés par rapport aux précédents par le fait que les enfants sont parvenus à élaborer, sinon à maîtriser, des moyens de communication évolués notamment sur le plan du langage oral ; leur intelligence est souvent normale et leur adaptation jusque-là relativement satisfaisante.

Les aspects cliniques sont divers, souvent intriqués.

L'isolement peut dominer et réaliser un retrait autistique ; mais on peut aussi percevoir plus ou moins selon les cas derrière l'évitement du contact, une profonde angoisse relationnelle, *une grande inhibition* globale, voire une certaine dimension dépressive.

L'instabilité peut être majeure, entraînant un contact très fugitif, une grande dispersion des activités de l'enfant, insaisissable.

Parfois est réalisée une véritable excitation d'allure maniaque. Généralement il s'agit plutôt alors d'une subexcitation relativement permanente du sujet. Dans quelques cas, on peut voir dans un contexte psychotique une certaine alternance d'états de morosité, de repli sur soi, d'expression d'affects dépressifs, interrompus par des accès impulsifs ou une excitation, réalisant alors le tableau d'une *psychose affective* (1) à *expression tardive*.

Le mutisme est un mode de début fréquent.

(1) La notion de psychose affective a été développée lors de l'étude de la dépression dans le 1^{er} volume.

Des productions imaginatives incontrôlées posent le problème du *délire* chez l'enfant. Ce dernier peut être amené, à partir d'un certain âge (6 ans est la référence classique), à **exprimer des sentiments**, des pensées témoignant de l'altération profonde de la perception de lui-même comme d'autrui et du monde extérieur, de sa confusion monde réel-monde imaginaire. Ses idées vont concerner son corps, le fonctionnement de celui-ci en général ou de tel organe en particulier, son sexe, montrant bien les perturbations profondes de son identité. On peut noter quelquefois des idées délirantes d'empoisonnement, de persécution, en règle peu consistantes, mal définies, n'ayant en tout cas pas le caractère systématisé noté chez certains délirants adultes. Ce qui est plus fréquent, par contre, ce sont le délire d'imagination (impression d'omnipotence, de posséder un pouvoir de destruction) et le « délire de rêverie », récit fantastique à thème de grandeur de filiation, souvent hors du temps et de l'espace présent et dans lequel fantasmes et réalité sont confondus (un de nos patients de 11 ans disait être un ministre de Louis XIV). La conviction n'est pas toujours absolue ; le récit **peut prendre un caractère ludique**, l'enfant semblant alors être en même temps acteur et spectateur et s'adressant à autrui par une thématique qui lui permet de garder jusqu'à un certain point une relation avec l'autre.

La fréquence des hallucinations est diversement appréciée. Les auteurs américains les considèrent comme fréquentes, alors qu'en France on les juge plutôt rares, ne considérant **pas que toutes les attitudes bizarres** où l'enfant semble s'arrêter et écouter quelque chose, fixer un objet imaginaire, prononcer des mots en aparté, constituent obligatoirement un phénomène hallucinatoire, pouvant s'intégrer plutôt dans un vécu de rêverie autistique.

Des manifestations d'allure caractérielle ne sont pas rares, réalisant *des aspects pseudo-caractériels*, voire pseudo-psychopathiques. Outre les passages à l'acte plus ou moins violents et impulsifs, on trouve des troubles relationnels profonds donnant une certaine impression d'impénétrabilité, d'étrangeté, de froideur. Une note perverse de type sadomasochiste peut se voir.

Des manifestations d'allure névrotique, phobique ou obsessionnelle, voire hystérique, une inhibition, engendrent des *aspects pseudo-névrotiques* dont la dimension psychotique transparaît bien derrière la symptomatologie de surface, comme on va le voir lors de l'étude des prépsychoses.

On peut en dire autant de certains troubles dits instrumentaux, dyspraxies, dysphasies, lesquels peuvent appartenir à un contexte psychotique.

Nous n'envisageons pas ici les décompensations psychotiques de l'adolescence (traitées dans le chapitre adolescence). Rappelons seulement que l'aspect de dissociation schizophrénique est rare avant l'adolescence. Quant à la psychose maniaco-dépressive, dans sa forme typique d'accès mélancoliques ou maniaques entrecoupés de périodes marquées par l'absence de symptômes psychiatriques, on considère très généralement que son début se situe au plus tôt à l'adolescence, en règle à l'âge adulte. Les troubles thymiques graves de l'enfance, on l'a vu, ne paraissent pas ouvrir la voie à une organisation maniaco-dépressive à l'âge adulte, mais à diverses formes de psychose dissociative ou à des organisations de type caractériel ou psychopathique.

C — LES ETATS PREPSYCHOTIQUES

Les notions de prépsychose, d'état limite (ou cas limite) ou bien encore d'états atypiques, de parapsychoses ou de dysharmonie évolutive de structure psychotique, sont voisines, bien sûr avec des nuances selon les auteurs.

La clinique est polymorphe ; mais on retrouve des altérations importantes du fonctionnement mental.

En effet, derrière les aspects pseudo-névrotiques, pseudo-caractériels, moins souvent pseudo-déficitaires, derrière une inhibition massive, une pseudo ou hyperadaptation de surface, ou bien des bizarreries du comportement, on note les points suivants (D. Widlocher) :

- *L'activité imaginaire* qui se révèle à travers certains jeux, dessins, récits, tests projectifs,

frappe par deux traits : son incohérence et sa crudité (agressive, sexuelle) laissant apparaître la forte charge émotionnelle des représentations mentales ainsi exprimées et le fonctionnement mental archaïque en processus primaires (retrouvés dans l'activité normale du rêve), sans l'élaboration secondaire produisant des constructions logiques, cohérentes, mieux socialisées.

- *L'angoisse* est ici tout autre que le malaise de l'enfant confronté à l'angoisse de séparation, voire l'angoisse de castration névrotique ou même l'angoisse de mort habituelle ; il s'agit d'une angoisse de destruction de la cohérence de soi, d'une véritable insécurité fondamentale ; elle renvoie à un moi traditionnellement dit « faible », ce qui n'est guère explicite à moins que l'on désigne par là la précarité de sa cohérence, la profonde altération du « sentiment de Soi », l'échec des mécanismes normaux d'intériorisation, d'identifications constructives, et de manière générale l'échec de tout ce qui concourt à la personnalisation (D.W. Winnicott) ou à l'individuation (M. Mahler) et à l'élaboration d'un Soi (Self) bien différencié, cohérent, intégré et suffisamment solide. Les notions de « faux Self » (D.W. Winnicott) ou de « personnalité as if » (H. Deutsch) traduisent bien ces échecs.

- L'organisation des intérêts de l'enfant, ses rapports avec ses parents, les représentations qu'il s'en fait, son caractère, ne montrent pas les traces d'un développement organisé de la vie libidinale avec les sédiments successifs d'une structure orale, anale puis phallique des rapports inter-humains initiaux ; *l'organisation de la vie libidinale paraît chaotique*.

- *L'intensité des tendances agressives* est aussi une donnée clinique retrouvée assez facilement dans l'observation de l'enfant ; elle est particulièrement nette dans les tests projectifs (T.A.T., Patte-noire, Rorschach), les scènes de dévoration, de destruction y abondent. Il semble qu'on assiste à l'absence normale de la fusion qui se produit entre les réactions agressives et l'attachement libidinal lors de l'accession à la relation d'objet total ; ainsi assiste-t-on non pas à la normale ambivalence de la relation à autrui mais à un clivage des objets en bons et mauvais.

- Tous ces traits se retrouvent évidemment chez les psychotiques ; ils sont même au premier plan de la symptomatologie, envahissant de manière si importante la vie du sujet qu'ils ne laissent que peu de place à des modes plus élaborés d'adaptation. Chez les enfants prépsychotiques, *les traits psychotiques n'envahissent pas toute la personnalité* : il y a une assez bonne adaptation de surface, le maintien d'un certain sens de la réalité et de la différence entre le monde intérieur et le monde du dehors. Ça n'est qu'à certains moments, parfois créés par l'examen lui-même, que le fonctionnement psychotique apparaît.

- Par ailleurs, l'étude du développement de ces enfants, à côté du risque d'évolution psychotique franche, montre une donnée évolutive tout aussi importante du point de vue psychopathologique : le caractère dysharmonique du développement dit instrumental. Les aptitudes motrices, perceptives ou verbales, la maturation intellectuelle sont parfois affectées d'un retard isolé associé à des indices d'une précocité qui détonne. De même, les habitudes et *les apprentissages* donnent une impression de discordance ; en particulier, on a noté le caractère capricieux des apprentissages, certaines spécialisations d'intérêt conduisant à des performances qui surprennent à côté des lacunes et des insuffisances.

S'il y a un certain accord sur les points que nous venons d'aborder, les points de vue divergent par contre sur les risques évolutifs de tels états dits prépsychotiques et de manière générale quant à la conception structurelle des auteurs.

Pour les uns, citons, R. Diatkine, S. Lebovici, il s'agit de « préorganisations » plus ou moins instables dominées par le risque d'évolution vers la psychose franche, dissociative notamment vers la puberté.

D'autres, au contraire (D. Widlocher, J.L. Lang notamment) les décrivent comme des organisations pathologiques relativement stables et spécifiques dont les évolutions sont variables, la « psychotisation » franche étant une éventualité à vrai dire moins fréquente qu'on ne pouvait le penser initialement.

Certains auteurs, ils sont le plus souvent psychiatres-psychanalystes d'adultes et parlent plus

volontiers d'états border-line ou d'états limites, décrivent des états assez voisins, bien distincts des lignées névrotiques et psychotiques et qu'ils considèrent soit comme des organisations pathologiques (O. Kernberg, S.K. Rosenfeld) où les failles narcissiques avec « un sentiment de Soi » non intégré sont particulièrement précoces et massives et où les altérations du développement laissant persister un fonctionnement archaïque paraissent renvoyer à des expériences traumatiques précoces réelles ; soit comme des « astructurations » liées (J. Bergeret) à une atteinte fondamentale mais moins profonde du narcissisme et dominées par un danger qui n'est plus celui d'une angoisse de morcellement ou d'éclatement (les conflits « psychotiques » précoces ont été dépassés) qui n'est pas encore une angoisse de castration (l'accès à l'œdipe n'est pas ouvert) mais celui d'une angoisse de perte de l'objet, d'une angoisse dépressive, « teintée d'espérance de sauvetage » (Greenson), investie dans la relation de dépendance à l'autre : c'est le mode de relation anaclitique.

Quelles que soient leurs divergences, tous ces auteurs s'accordent sur l'importance et l'intérêt d'un abord thérapeutique psychanalytique de ces états prépsychotiques.

D — PROBLEMES DIAGNOSTIQUES

D'autres troubles de l'enfant peuvent prêter à discussion avec les états psychotiques et entraîner une confusion, ce sont surtout en pratique :

1) **Une surdité.** L'absence de réactions à la parole, aux stimuli sonores, de certains autistes peuvent en imposer pour un déficit auditif majeur d'autant plus facilement que coexiste une absence de langage. Le problème diagnostique est loin d'être simple d'ailleurs car une étude de l'audition est très difficile chez un enfant autistique et peut laisser planer le doute quant à un déficit auditif. Par ailleurs surdité et évolution psychotique peuvent être associées, le déficit auditif par les profondes anomalies de la communication qu'il entraîne étant alors souvent considéré comme un facteur favorisant une évolution psychotique. Rappelons là, la règle de faire un audiogramme chez tout enfant ayant des troubles dans l'apparition et le développement du langage.

2) **Le comportement de retrait dépressif.** Certaines conduites de repli de l'enfant sur lui-même et d'évitement, de refus de la relation avec autrui, dans un contexte de dépression anaclitique liée à une séparation prolongée du nourrisson d'avec sa mère et une carence importante de soins substitutifs satisfaisants, peut en imposer à tort pour un état psychotique. Certaines hospitalisations prolongées de nourrissons malades, certains placements nourriciers dans de très mauvaises conditions en sont par exemple la cause. Lorsque l'enfant est à nouveau repris par sa mère ou lorsqu'il est amené à vivre dans un environnement aussi personnalisé, chaleureux et stimulant que possible, le retrait va progressivement disparaître. Mais là encore le problème peut être complexe car il semble bien que certaines situations de séparations répétitives et de carences affectives massives prolongées puissent favoriser secondairement une évolution psychotique.

3) **Certaines structures mentales archaïques** notamment dans un contexte d'importants retards dits instrumentaux, (retard de langage essentiellement, retard intellectuel) caractérisés par une expression fantasmatique assez crue et une pauvreté d'élaboration mentale et de fonctionnement en processus secondaires peuvent faire évoquer un fonctionnement psychotique. Mais les anomalies relationnelles sont bien moins massives ; surtout, on a beaucoup plus l'impression d'un retard dans l'apparition des possibilités de maîtrise mentale d'une vie pulsionnelle encore primaire, que d'une organisation caractérisée par les différents traits psychotiques décrits plus haut. Certains retards ou inorganisations de la personnalité liés à une carence affective précoce peuvent donner lieu à un tel tableau pseudo-psychotique.

4) Il nous faut évoquer enfin le problème de la **déficience mentale**. Nous avons vu lors de l'étude des psychoses déficitaires les rapports qu'il y a entre psychose et déficience mentale. Ici il s'agit simplement de mettre en garde contre la tendance actuelle très inflationniste à parler de psychose chez bien des enfants dont un examen approfondi ne montre pas les différents éléments précités de la

structure psychotique mais chez qui on note une déficience mentale d'étiologie diverse sans évolution psychotique associée. Tout se passe comme si pour certains, il était beaucoup plus noble d'être psychotique qu'un déficient organique.

E) EXEMPLE CLINIQUE

Florence D..., 3 ans 4 mois, a dû être hospitalisée dans l'unité de soins pour petits où l'un de nous travaille, sur la demande très pressante et de la mère « n'en pouvant plus » et du pédiatre. Voici la déjà longue histoire de Florence, telle qu'elle a pu apparaître dans les entretiens avec sa mère.

La grossesse est survenue 10 ans après la première grossesse (une première fille) qui avait été marquée par une tuberculose pulmonaire et un accouchement difficile au forceps : la mère ne voulait plus d'enfant et faisait ce qu'il fallait pour cela. Mais il y a 4 ans, elle en a eu à nouveau le désir et elle souligne le fait qu'elle a accueilli cette nouvelle grossesse avec plaisir, afin que nous ne puissions douter de la véracité de cette assertion.

Quoi qu'il en soit, cette deuxième grossesse s'avère dès le début très difficile : menace de fausse couche à 3 mois et demi, ce qui entraîne le cerclage du col (« le bébé s'était décroché » nous dit la mère). La mère a dû être hospitalisée « tout le restant de sa grossesse, car elle n'a plus cessé d'être en contractions » (ainsi perfusions et dosages hormonaux se sont-ils succédés). La mère « a été prévenue de ne rien préparer » car « elle risquait à tout moment de perdre son enfant », aussi conclut-elle : « dire qu'il y a des gens qui ne veulent pas d'enfant, moi j'ai tout fait car on m'a dit que je ne pourrai le faire deux fois dans ma vie » et elle ajoute « cela m'était bien facile de ne pas la garder, puisque j'étais en chirurgie ». L'accouchement a lieu à 8 mois et demi, les suites en sont fort pénibles ; la mère a été très traumatisée par l'annonce qui lui a été faite « sans beaucoup de ménagement » que Florence était porteuse d'une malformation (fistule recto-vaginale et imperforation anale) : « quand on me l'a donnée, pour la première fois, je n'osais pas la déshabiller, tellement j'avais peur » nous dit la mère. Florence n'a pas été nourrie au sein en raison des circonstances et parce que la mère avait été tuberculeuse.

Donc, Florence est hospitalisée dès la première semaine, et elle est opérée à 6 semaines de sa fistule recto-vaginale : « on lui a fait une perforation » nous explique la mère. Au décours de cette intervention réparatrice (qui s'avèrera un plein succès), Florence est restée trois semaines sans bouger de son lit, les mains attachées, et suspendue en l'air par les pieds. Les parents se plaignent du fait qu'ils ne pouvaient l'entrevoir que derrière une porte vitrée. Elle est rendue à sa mère à 2 mois et demi, celle-ci doit pratiquer des dilatations anales avec un doigtier trois fois puis deux fois par jour, ceci pendant un an, « ce qui m'a épuisée » commente-t-elle.

Il faut aussi souligner que malgré ces épisodes, malgré les dilatations anales pluriquotidiennes, la mère a mis Florence sur le pot à 4 mois et demi. Elle aurait acquis la propreté pour les selles à un an (ce qui coïncide avec la fin des dilatations). On peut noter encore que le développement psychomoteur s'est effectué dans les limites normales (sourire à 3 mois, marche à 18 mois, premiers mots à 20 mois). La mère affirme cependant que Florence était presque tout le temps malade ; elle avait des épisodes diarrhéiques ou fébriles, ce qui a fait interdire, par les parents, toutes relations avec les autres enfants.

« Les troubles du comportement » auraient débuté vers 16 mois et rapidement c'est l'anorexie qui va être considérée comme le symptôme majeur, reléguant les autres manifestations au second plan. L'alimentation est le sujet principal d'inquiétude, la mère est très prolixes sur ce sujet. Chaque épisode d'anorexie débute de la même façon : le plus souvent au décours d'une infection minime, Florence a moins d'appétit ; « on dirait qu'elle nous prévient », et au bout de quelques jours, elle refuse toute alimentation, voire toute boisson (lors des épisodes plus récents). « C'est un refus des soins de toute la famille » nous dit la mère. Même en dehors de ces épisodes, Florence mange « très peu et très lentement », elle n'aime que ce qui est passé au mixer, elle ne veut pas mâcher, il faut l'intéresser à autre chose pour qu'elle puisse oublier qu'elle est en train de manger, ce qui accroît considérablement la durée des repas.

Des aliments lui ont été interdits « par son pédiatre » (chocolat, légumes verts), la mère pense « qu'elle les aimerait, mais ils lui sont défendus à cause des intestins ». Elle a tout essayé : la douceur, « le forcing », sans succès. Elle a laissé à portée de Florence sur les conseils du pédiatre les aliments dans une assiette, mais elle a dû « intervenir rapidement sinon Florence n'aurait rien mangé ». La mère ne l'a jamais vue manger seule, elle est toujours à côté d'elle aux repas et elle mange dans l'assiette de sa mère et non dans la sienne. La mère s'arrange donc pour y mettre ce que Florence aime. Comme celle-ci veut boire le café avec elle, elle lui met un peu d'eau chaude dans son verre. Lors des hospitalisations en pédiatrie pour un épisode anorexique, les parents étaient très inquiets ; « elle ne va pas tenir très longtemps, cela fait dix jours qu'elle n'a rien pris ».

Parallèlement, d'autres symptômes sont apparus, relégués par l'anorexie à l'arrière-plan, aussi les parents nous ont-ils paru surpris, lorsque nous leur avons demandé d'en parler. A 16 mois, lorsqu'elle voulait attirer l'attention, elle se cognait la tête contre les murs ou se la tapait par terre. Elle hurlait sans raison, était très turbulente. Elle est capricieuse, et la mère doit souvent lui céder en raison de la violence de ses colères. Pour se coucher, il lui faut la présence de sa mère : « elle met une heure à s'endormir ». Elle se réveille la nuit, hurle et se lève pour aller se coucher avec sa mère. D'après sa mère, Florence a constamment besoin d'elle, elle n'accepte les autres que si elle est là. Quand Florence est « malade » (ce qui est très fré-

quent), la mère la prend toute la journée dans ses bras. Florence joue surtout à imiter sa mère. Elle « aime la musique douce et chantonne souvent ». Elle aime faire tomber les objets. La mère remarque que si sa fille ne peut se séparer d'elle, elle lui manifeste une opposition croissante, elle obéirait plus volontiers (et c'est récent) à son père « pour lequel elle aurait une discrète préférence ». Les parents ont noté également que son discours est devenu moins riche actuellement : « On dirait qu'elle ne veut plus parler, mais elle comprend tout ». A signaler l'emploi de « tu » à la place de « je » que la mère ne comprend pas et qui la choque. Enfin, « malgré l'interdit maternel », Florence se masturbe.

Dans l'unité de soins, Florence, qui ne mangeait plus depuis une semaine, se présente comme une petite fille « un peu boulotte ». L'examen somatique, l'EEG, l'audiogramme sont normaux. Nous évoquons une psychose symbiotique (M. Mahler). Florence s'intéresse exclusivement aux personnages féminins adultes, à leurs cheveux qu'elle fait mine de tirer, et à leurs seins qu'elle approche timidement : elle fait alors le geste de pincer, en se crispant, puis elle embrasse les seins, mais en serrant les dents pour éviter de mordre (et la force du désir se manifestait par des secousses de tout son corps).

Nous ne nous étendons pas sur l'évolution et l'observation de Florence au cours de son séjour : son anorexie a disparu (les premiers aliments ont été des gâteaux secs, des pommes, aliments qu'elle pouvait mordre), en même temps qu'elle nous a paru esquisser une émergence de son retrait.

Dès les premiers entretiens, les parents nous ont paru anxieux. L'atmosphère était lourde, pesante, ils nous disaient, en parlant de Florence : « c'est le drame ». La mère a 34 ans, sans profession depuis la naissance de Florence ; elle se dit très nerveuse, toujours malade depuis la deuxième grossesse. Elle prend de l'Equanil et est suivie dans un dispensaire psychiatrique. Elle est très perturbée par l'hospitalisation de Florence : « Je me sens complètement perdue depuis qu'elle n'est plus là, elle remplissait toute la maison ». Le caractère pathologique de la relation mère-fille est évident, prenant le caractère d'une relation de type symbiotique.

Le père a 60 ans, chef d'équipe dans une brasserie, manifestement éthylique, en arrêt de travail prolongé ; nous nous sommes demandés si cet arrêt de travail n'était pas sous-tendu par le désir de reprendre sa place au foyer.

Nous serons très brefs dans les commentaires de cette observation « très parlante ». D'emblée, et même avant l'accouchement, la relation mère-enfant est pathologique. C'est l'enfant qui a rendu la mère malade lors de la grossesse et ultérieurement. L'extrême ambivalence de la mère est évidente. Elle ne conçoit l'existence de sa fille qu'en tant qu'objet malade, déprécié, elle n'a pas d'existence propre en dehors de la mère, dont elle n'est qu'une partie, « un petit bout ». Il est possible d'admettre que les circonstances de la grossesse, l'anomalie découverte à la naissance ont favorisé l'établissement de cette relation duelle pathologique.

Un dernier point d'importance, pour la compréhension de cette histoire psychopathologique est à citer : après plus de six mois d'entretiens réguliers avec la mère, celle-ci a pu nous parler de sa propre sœur jumelle dont il n'est guère besoin de souligner tout l'attachement qu'elle pouvait avoir pour celle-ci et la nostalgie massive des moments qu'elles avaient passés ensemble avant que sa sœur ne se marie et parte à l'autre bout de la France. On ne peut s'empêcher de penser que Mme G. a vainement tenté de retrouver dans sa relation avec sa fille Florence un peu de ce qu'elle avait vécu avec sa sœur jumelle.

LES GRANDES CONCEPTIONS DE LA PSYCHOSE DE L'ENFANT

Il s'agit d'envisager ici les différents facteurs que l'on peut invoquer à l'origine d'un état psychotique chez un enfant et les diverses tentatives de compréhension théorique du problème de la survenue d'un tel état.

1) Existe-t-il une base organique ?

En dehors du problème très particulier d'une évolution psychotique venant compliquer secondairement une encéphalopathie caractérisée avec arriération, on n'a jamais pu mettre en évidence, jusqu'alors, dans les états psychotiques, de lésions du système nerveux central, ni d'anomalies chromosomiques, biochimiques ou autres, significatives. Bien entendu, cette absence apparente n'autorise en rien à rejeter définitivement le rôle d'une possibilité organique.

Certains auteurs sont convaincus qu'il existe une défaillance innée ou acquise très précocement de l'équipement biologique de l'enfant, notamment dans les psychoses précoces, et qu'elle est déterminante. Les arguments les plus souvent développés sont les suivants :

- Les facteurs héréditaires apparaissent importants dans certaines études généalogiques qui mettent en évidence une plus grande fréquence que dans la population générale, de troubles mentaux d'ailleurs divers, chez les parents, grands-parents, oncles et tantes de psychotiques. Dans le même sens vont les résultats de certaines études de jumeaux univitellins : celle de Kallmann par exem-

ple pour qui l'incidence de la maladie est de 80 % environ chez le jumeau homozygote lorsque l'un des deux a un état psychotique alors qu'elle tombe à un peu moins de 20 % lorsqu'il s'agit de jumeaux hétérozygotes ; celle de Rimland donne des résultats voisins.

- Les antécédents prénataux, des altérations sévères de l'état du nouveau-né (souffrance néonatale, prématurité marquée), des épisodes somatiques post-nataux (convulsions et épilepsie dans un peu plus de 20 % des cas notamment, déshydratation, maladies ou accidents divers) sont retrouvés avec une plus grande fréquence ici que dans la population générale, même en l'absence d'un déficit mental majeur.

- Un autre argument est représenté dans l'esprit de certains par le fait qu'il apparaît bien qu'une déficience mentale importante précoce d'origine organique manifeste (encéphalopathies d'étiologie diverse) va donner lieu avec une fréquence non négligeable à une évolution psychotique ; ces auteurs extrapolent en soutenant que, lorsque l'atteinte cérébrale n'est pas reconnue, elle existe tout de même et qu'on ne sait pas encore la reconnaître par nos moyens actuels dans les psychoses ; il s'agit évidemment d'une hypothèse.

Ainsi divers points de vue mettent l'accent sur une atteinte innée (ou acquise précocément) de l'équipement biologique de l'enfant.

Goldstein (1959), se situant dans une perspective neurophysiologique, postule l'existence d'un trouble très général se situant dans le registre de l'apprentissage, de telle sorte qu'il n'y a pas d'harmonie entre les capacités du sujet et l'exigence du milieu.

Certaines théories que l'on pourrait qualifier de « sensorielles » admettent l'existence d'un trouble basal portant sur la perception et l'intégration des stimuli auditifs, visuels, voire olfactifs. Pour Pronovost (1966) il y a un défaut de récepteurs à distance (vision et audition) et un meilleur fonctionnement des récepteurs de contact (tact, goût...). Cela expliquerait pour lui la défaillance de l'adaptation de l'enfant à partir du moment où les récepteurs à distance deviennent nécessaires à l'adaptation. Le défaut porterait selon Rutter et Wing sur l'intégration des stimuli auditifs : le trouble primaire conduisant à l'autisme consisterait en une incapacité relative de comprendre les sons et donc d'accéder au langage, ceci expliquant une certaine parenté avec les audimutités. Bergman et Escalona (1949) ont incriminé une sensibilité exagérée aux stimuli sensoriels, visuels et auditifs notamment, ce qu'ils appellent une « barrière protectrice » trop faible, ce qui amènerait ces enfants à organiser des moyens de protection pathologiques.

Rimland (1964) estime qu'il y a une très grande similitude comportementale entre les enfants souffrant d'autisme et les victimes de privation sensorielle majeure ; en fonction de l'absence de réponses aux stimuli intenses chez les animaux de laboratoire ayant une lésion réticulée, il émet l'hypothèse d'une perturbation du système réticulé à l'origine de l'autisme, et consécutive à une hyperoxie ; il signale en effet l'incidence inhabituellement élevée selon lui d'enfants autistes à qui on a administré de l'oxygène tôt après la naissance.

En définitive, on ne peut ni infirmer ni confirmer ces thèses. Cependant il faut remarquer que les faits sur lesquels elles s'appuient peuvent recevoir une autre interprétation ; par exemple la plus grande fréquence des antécédents psychiatriques dans la famille peut être aussi considérée bien sûr d'un point de vue psychogénétique ; de même les épisodes somatiques péri ou postnataux peuvent entraîner de profondes distorsions relationnelles ; les anomalies perceptives dont parle Pronovost peuvent être interprétées comme les résultats de mécanismes de défense contre la perception du monde extérieur. Par ailleurs, seules les études de jumeaux faites dans des conditions méthodologiques d'une très grande rigueur permettant réellement le partage entre facteurs innés et facteurs de milieu, sont à retenir.

2) Les désordres des relations entre l'enfant et son entourage

Ces désordres sont considérés par beaucoup comme déterminants dans la genèse de la psy-

chose. Il n'est pourtant pas inintéressant de noter là qu'un certain nombre d'auteurs dont les travaux sont précisément centrés sur les anomalies relationnelles, sur les perturbations de l'organisation de la personnalité de l'enfant et sur les fantasmes angoissants et les mécanismes de défense mis en jeu contre ses angoisses, sont souvent prêts à admettre le rôle (partiel) d'une anomalie de l'équipement, comme on va le voir.

Cela dit, de profondes et précoces perturbations dans les échanges entre le milieu familial, la mère notamment et l'enfant, une inadéquation majeure entre eux, représentent des faits d'observation quotidienne pour ceux qui s'occupent d'enfants psychotiques. Les études sur la personnalité des parents et leurs modalités d'échanges affectifs avec autrui et leur enfant en particulier, au cours d'entretiens cliniques ou de prises en charge psychothérapeutiques de ces parents, ont apporté des données fondamentales ; bien entendu l'observation directe des interrelations entre la mère et son enfant au sein même de la famille à domicile constitue une méthode d'étude privilégiée par la qualité des informations qu'elle peut donner.

En ce qui concerne d'abord *la personnalité des parents*, il apparaît à peu près dans tous les travaux qu'ils n'ont pas fréquemment des troubles psychotiques francs ; par contre des anomalies du caractère et de la personnalité sont notées avec une grande fréquence. Elles sont, à vrai dire, fort diverses si l'on s'en tient à la description de simples traits de caractère : ainsi est-il question de mères hyperprotectrices, dominatrices, anxieuses, rigides, obsessionnelles, ou à l'inverse faibles, immatures, parfois très jeunes. Dans la même perspective, on remarque souvent une très nette ambivalence à l'égard de l'enfant avec des attitudes de rejet à son égard plus ou moins camouflées mais en fait massives ; de la même façon, est invoquée une déficience paternelle.

A vrai dire, bien plus intéressantes sont les tentatives de compréhension moins superficielles, dans une perspective dynamique, *des relations entre les parents et l'enfant et des anomalies des communications entre eux*. L. Kanner, dans son étude princeps de 55 cas d'autisme infantile au cours de laquelle il trouve d'ailleurs un niveau socio-culturel et intellectuel élevé des parents, notion qui n'a pas été retrouvée dans la plupart des travaux ultérieurs, insiste sur la mécanisation des relations humaines : « de tels parents semblent incapables d'éprouver de la joie à voir leurs enfants tels qu'ils sont et s'efforcent de leur faire acquiescer calme, appétit, maîtrise sphinctérienne aussi précoce que possible, vocabulaire riche ; presque tous présentent une attention d'automate aux besoins matériels uniquement... ».

Prout et While, selon R. Mises, décrivent la vie étriquée de ces mères projetant sur leurs enfants leurs propres désirs, satisfaisant ainsi des besoins narcissiques inassouvis en elles-mêmes. Lordi étudiant le comportement des mères au cours de séances de psychothérapie de groupe note également que certaines ressentent le besoin de s'approprier leur enfant pour dépasser leur sentiment plus ou moins bien perçu d'intense frustration, de vide, d'incomplétude, voire manifestent des sentiments relatifs au désir d'annihilation de leurs enfants. Cela rejoint tout à fait notre expérience montrant les failles narcissiques profondes de telles mères.

Un point de vue intéressant est représenté par le concept de « désarroi parental » de Goldfarb et Meyers ; il consiste en une désorientation, une absence de perception immédiate des besoins de l'enfant, cette sidération du comportement parental répondant à une violence refoulée massive. Dans le même sens, Groshen (cité par R. Mises) insiste sur l'effet néfaste des mères qui, consciencieuses mais souvent dépressives, n'arrivent pas à stimuler leur enfant et à provoquer chez lui des signaux cohérents lors de certaines périodes critiques de la vie, entre 6 et 8 mois ; elles ne leur apportent que des soins silencieux, mécaniques comme donnés à regret, sans spontanéité ; fait important, elles ne s'intéressent que fort peu à provoquer les réactions affectives de l'enfant, tenant surtout à ce qu'il soit calme, usant même parfois de la contention.

A partir des observations sur le vif à domicile, des attitudes maternelles à l'égard de l'enfant psychotique, de tels faits apparaissent encore plus clairement ; ainsi par exemple, l'étude de J. Henry (1961) montre qu'une mère d'un enfant psychotique va fréquemment exacerber les pulsions de cet en-

fant jusqu'à un degré extrême par n'importe quel moyen et le contraindre ensuite à réagir négativement au but pulsionnel poursuivi ; elle lui apprend à s'engager simultanément dans un comportement à la fois d'évitement et d'approche en présence d'un stimulus gratifiant ; celui-ci est ainsi perçu simultanément de façon contradictoire.

Bien entendu, toutes ces anomalies de la communication entre mère et enfant peuvent être interprétées de manière opposée : facteurs déterminants de la psychose dans les thèses psychogénétiques, conséquences secondaires au niveau de la relation enfant-mère des altérations de l'équipement de l'enfant pour les tenants d'un point de vue organiciste ; à vrai dire la discrimination entre attitude parentale primaire ou secondaire (aux troubles de l'enfant) est souvent impossible à faire (D.J. Duché, S. Lebovici et R. Diatkine).

LES GRANDES CONCEPTIONS PSYCHODYNAMIQUES DE LA PSYCHOSE

Elles s'appuient bien entendu, pour celles qui sont situées dans une perspective psychanalytique, sur les données définies par S. Freud sur le fonctionnement mental en général et sur la distinction entre névrose et psychose, marquée, comme le rappelle A. Green, par l'opposition entre les deux mécanismes respectifs de refoulement et rejet, par la prévalence dans la psychose de pulsions de destruction sur les pulsions érotiques, des investissements narcissiques sur les investissements objectifs, des processus primaires sur les processus secondaires, des représentations enfin sur le langage.

A) M. KLEIN ET SES CONTINUATEURS

M. Klein, à partir de la psychanalyse précoce d'enfants très jeunes (dès l'âge de 3 ans), propose pour la psychose infantile une thèse simple : celle d'une fixation pathologique aux phases psychotiques précoces du développement de tout enfant.

Nous avons déjà longuement abordé (1) sa conception théorique du développement psychique normal (avec la succession des deux positions schizoparanoïde et dépressive) tirée précisément de son étude d'enfants gravement perturbés ; nous ne pouvons la reprendre ici.

A vrai dire, M. Klein ne fait cependant pas une confusion entre l'état du bébé confronté à ses premières angoisses dites « schizoparanoïdes » en raison du morcellement de l'expérience et de sa dimension persécutrice, et celui du malade ayant un état psychotique. Pour elle, la psychose est secondaire *au renforcement pathologique des mécanismes schizoparanoïdes de la petite enfance* (clivage de l'objet en « bon » et « mauvais » objet, clivage du Moi en « bonnes » ou « mauvaises » parties, projection et introjection, déni, idéalisation), renforcement qui empêche l'enfant d'élaborer ses positions archaïques, d'aborder réellement la position dépressive et de construire un sens adéquat de la réalité à partir de la perception d'un objet total nécessairement source d'ambivalence et d'angoisse dépressive.

Ainsi les premières angoisses persécutrices sont renforcées par des frustrations trop importantes, par la prédominance des « mauvaises expériences » sur les « bonnes ». Un mécanisme de défense fondamental décrit par M. Klein lors de cette position schizoparanoïde et qui pour les auteurs Kléiniens (Rosenfeld en particulier, à partir de traitements de psychotiques adolescents ou adultes) caractérise la relation d'objet psychotique est « *l'identification projective* » : une partie clivée du Soi est projetée dans l'autre, ce qui est donc une tentative de colonisation de l'objet extérieur par des éléments du sujet et en même temps de restructuration de celui-ci, mais il existe bien entendu alors de fortes angoisses persécutrices lorsque les objets chargés des parties agressives du Moi se font persécutants et lorsqu'ils sont ressentis par le patient comme le menaçant de représailles, en essayant de réintégrer de force le Moi avec les mauvaises parties du Moi qu'ils contiennent.

(1) Dans le premier volume, au chapitre « développement affectif de l'enfant ».

Bien des auteurs post-Kléiniens ont apporté des développements intéressants en continuité avec ces vues. Plutôt que d'évoquer les points de vue de H. Segal (sur « l'équation symbolique » entre l'objet original et le symbole, peu distincts dans la pensée psychotique) et de W. Bion (sur la confusion entre les objets réels et les idées primitives) développés surtout à partir de traitements d'adultes, nous allons très brièvement citer les apports d'auteurs soignant des enfants autistiques.

F. Tustin met l'accent sur la rupture très précoce de la continuité langue-mamelon-sein à une époque où normalement le mamelon et le sein (ou la tétine) sont vécus comme des prolongements de son corps propre. Il s'agit alors pour l'enfant autiste, à travers l'utilisation des objets inanimés (et l'absence de contact avec les objets animés) de tenter de compléter son corps propre, de nier la discontinuité entre son corps et l'environnement et donc de lutter contre cette angoisse persécutive ; c'est « *l'illusion autistique* » selon elle. Elle décrit plusieurs types d'autismes :

- l'autisme primaire anormal (elle admet une phase d'autisme primaire normal) lié à une défaillance des soins maternels et marqué par un comportement inerte et passif ; elle appelle ce type d'enfants autistiques « amibiens » ;

- l'autisme secondaire incapsulé, lié à une rupture trop précoce des soins maternels, amenant non une indifférenciation primitive entre Moi et non-Moi comme dans le premier type, mais une négation active du non-Moi par constitution d'une coquille protectrice vis-à-vis du monde extérieur ; elle appelle ce type d'enfants autistiques « crustacés » ;

- la régression à l'autisme secondaire qui correspond à la notion de « schizophrénie infantile » et qui est le fait d'enfants ayant développé une pseudo-relation à leur mère avec un aspect d'enfants trop sages, trop adaptés, qui régressent secondairement vers des parties autistiques de leur personnalité avec des fantaisies étroitement associées à des sensations corporelles ; l'existence de ces fantaisies distingue cette forme d'autisme des autres formes où il y a peu ou pas de vie fantasmatique.

E. Bick décrit la constitution d'une « *peau psychique* » qui est une enveloppe capable de contenir les parties du Soi et nécessaire pour que les mécanismes d'identification projective et introjective, par lesquels l'enfant constitue dans la relation à la mère les premiers éléments de son psychisme, puissent avoir lieu : « la nécessité d'un objet contenant semble, dans l'état infantile de non-intégration, produire une recherche frénétique pour un objet, une lumière, une voix, un sourire ou autre objet sensoriel qui peut soutenir l'attention et de cette façon être expérimenté momentanément au moins comme tenant les parties de la personnalité ».

Le développement défectueux de cette peau psychique peut être conçu comme résultant ou bien d'un défaut dans l'adéquation de l'objet aux besoins ou bien d'attaques fantasmatiques sur l'objet ; en l'absence de cette enveloppe, il ne peut y avoir les mécanismes d'identification projective et introjective nécessaires au développement du psychisme, ceux-ci supposent un objet extérieur et un objet intérieur possédant un dedans. Bick décrit un mode spécifique d'identification qui caractérise le mode de relation d'objet de l'enfant autistique, dépourvu d'enveloppe psychique ; *l'identification adhésive* ; il s'agit d'une relation de collage à la surface d'un objet ressenti comme dépourvu d'intérieur.

D. Meltzer reprend et développe ce concept d'identification adhésive. L'identification projective amène selon lui le développement des émotions, l'identification adhésive, celui de la sensualité ; cette dernière identification conduit au mimétisme, à l'écholalie.

D'autre part il décrit un type particulier de clivage du Moi qu'il appelle « démantèlement » : l'enfant autiste démembre son Moi sur ses différentes capacités perceptives séparées les unes des autres : le voir, le toucher, l'audition, le sentir, etc. Par ce mécanisme de clivage, il réduit l'objet à une multiplicité d'événements sensoriels, dans laquelle l'animé et l'inanimé deviennent indistinguables. Mais le résultat en est une absence de mentalisation. Le clivage particulier conduit l'autiste à établir une relation entre les différentes parties de son corps sur un mode de démultiplication ; par exemple, alors qu'un enfant normal pour établir un lien entre son doigt et son oreille met son doigt dans celle-ci, l'autiste frappe un objet avec le doigt pour produire un son, qui est perçu par l'oreille. Il y a une seg-

mentation du message en plusieurs éléments successifs. Dans l'évolution du traitement lorsque l'enfant devient capable de se représenter un objet ayant un espace intérieur, il s'intéresse aux orifices qui doivent pouvoir être contrôlés, fermés, afin que l'espace intérieur puisse contenir, garder ce qu'il y projette. A partir de là, les identifications et le fonctionnement psychique peuvent reprendre, le sujet accéder à la mentalisation et au langage.

B) LE POINT DE VUE DE M. MAHLER

Les vues de M. Mahler concernant la psychose infantile sont étroitement articulées avec sa conception du développement normal. Nous avons déjà longuement décrit celle-ci (1) ; aussi ne pouvons-nous que rappeler les 3 phases qu'elle dépeint : la phase autistique des toutes premières semaines, la phase symbiotique et enfin la séparation-individuation qui se met en place à partir du deuxième semestre.

Tout en appuyant sa classification des formes de psychoses infantiles sur ces phases de développement, puisqu'elle parle de psychoses symbiotiques, autistiques et qu'elle se réfère aux notions de fixation et de régression, M. Mahler rejette l'idée que les psychoses ne seraient que le retour à un stade normal du développement. Pour comprendre l'organisation psychotique d'un enfant, il faut admettre qu'il y a eu dans son développement des phases manquées, mais aussi qu'il y a des mécanismes actifs s'opposant à la reprise du développement. « Le nourrisson psychotique, dit-elle, ne pouvant utiliser sa mère de la manière habituelle, il lui faut avoir recours à différentes façons de se maintenir en vie. Ces mécanismes substitutifs diffèrent des relations d'objet aussi bien que des mécanismes de défense propres à tout autre groupe d'enfants... pour cette raison, j'aimerais les désigner sous le nom de *mécanismes de maintien* ».

Dans les psychoses autistiques, le mécanisme de maintien principal est une « conduite hallucinatoire négative », qui, en quelque sorte, annule la perception de la mère et la représentation du monde extérieur. L'enfant n'a pas pu investir sa mère comme « référence émotionnelle extérieure » ou encore « balise externe d'orientation » ; il a manqué le déplacement d'investissement des sensations internes vers le sensorium, ce qui entraîne un profond défaut dans l'organisation du Moi corporel, l'investissement du sensorium jouant, comme l'a dit S. Freud, le rôle d'une limite de ce Moi corporel. L'autisme peut être primaire ou secondaire et alors dû à l'échec de la phase symbiotique. Lorsque le personnage symbiotique maternant est vécu comme « imprévisible et douloureusement frustrant », il se produit une régression à une position autistique.

Dans les psychoses symbiotiques, l'enfant a conscience du principe maternant mais il oscille entre un désir de fusion au bon objet partiel et la nécessité d'éviter le réengloutissement par le mauvais objet partiel. Les mécanismes de maintien sont « beaucoup plus bizarres, variés et empreints de panique » : faible différenciation de la représentation du Self et de l'objet, délire d'une unité toute-puissante mère-enfant ; « il s'agira par exemple d'obliger la mère à agir comme si elle était dans la réalité une extension du corps propre de l'enfant ».

Il faut noter que M. Mahler nuance dans ses derniers écrits l'opposition tranchée qu'elle avait faite antérieurement entre les psychoses autistiques et symbiotiques. Elle insiste sur la combinaison dans la plupart des cas, des deux types d'organisations, sur les formes de passage de l'une à l'autre, dans les deux sens, notamment le passage de formes autistiques à des formes symbiotiques au cours des traitements.

C) LE POINT DE VUE DE B. BETTELHEIM

Il faut d'abord rappeler ici trois notions fondamentales autour desquelles B. Bettelheim articule sa compréhension de l'autisme infantile :

(1) Dans le chapitre « Développement affectif » du 1^{er} volume.

● Le rôle actif de l'enfant, dès le début de son existence, dans la recherche de la satisfaction de ses besoins ; ainsi le nourrisson qui tète a une activité intense et plus encore le sentiment d'une activité et cela est indispensable, afin que l'enfant puisse acquérir le sentiment que son action sur l'environnement est susceptible de lui procurer les satisfactions dont il a besoin.

● La mutualité entre la mère et l'enfant, chacun procurant à l'autre un plaisir. La mutualité bien comprise nécessite que la mère sache faire le geste nécessaire pour donner satisfaction à l'enfant mais aussi qu'elle sache lui laisser manifester son besoin d'activité, qu'elle sache interpréter ce besoin correctement. Une mère qui ne pourrait vivre son enfant que comme un objet passif en ferait une sorte de prolongement d'elle-même, d'objet partiel investi sur un mode plus ou moins narcissique, mais elle ne créerait pas cette mutualité nécessaire.

● La situation extrême, notion que B. Bettelheim a tiré de son séjour dans des camps de concentration en Allemagne où certains prisonniers, confrontés à l'impression que toute action de leur part ne pouvait qu'aggraver la situation et que de toute façon la mort était imminente, se retranchaient dans des attitudes catatoniques et semblaient adopter la volonté de leurs bourreaux. Bettelheim compare à cette situation celle de l'enfant qui ne pourrait faire l'expérience que par son activité, il est capable d'entraîner une modification de l'attitude de l'environnement et d'obtenir la satisfaction de ses besoins. Confronté à cela, l'enfant éprouve un désespoir profond car rien n'est plus terrible qu'une non-réponse à une expression de communication.

Dans ces conditions l'enfant désinvestit le monde extérieur, se retire activement en lui-même et évite le plus possible toute action afin de supprimer au maximum tout déplaisir. Mais parallèlement son monde intérieur qui ne peut vivre que grâce à une communication avec l'entourage s'appauvrit ; l'enfant le désinvestit ainsi plus ou moins afin de limiter la souffrance. Finalement l'enfant finit par n'être plus qu'« une forteresse vide ».

D) LE POINT DE VUE DE D.W. WINNICOTT

D.W. Winnicott décrit la psychose infantile en termes d'échec de l'adaptation de l'environnement, maternel notamment, à l'enfant.

Le nourrisson, dit-il, est « un être immature qui est tout le temps au bord d'une angoisse dont nous ne pouvons avoir l'idée. Cette angoisse inimaginable est tenue à l'écart par la fonction de la mère, d'une importance vitale à ce stade ». Il décrit plusieurs formes de cette angoisse inimaginable : se morceler, ne pas cesser de tomber, ne pas avoir de relation avec son corps, ne pas avoir d'orientation, qui toutes sont d'ailleurs des aspects d'angoisses psychotiques.

Il relie les troubles psychotiques aux troubles de l'organisation du Moi, qu'il définit « la partie de la personnalité en cours de développement qui dans, des conditions favorables, tend à s'intégrer pour devenir une unité ». Le Moi se caractérise par trois tendances :

- tendance à l'intégration, que Winnicott met en relation avec la fonction de maintien de la mère (holding) ;
- tendance à la personnalisation, c'est-à-dire le fait d'habiter son corps, de ressentir une union solide entre le Moi et le corps, qu'il met en relation avec la façon qu'a la mère de soigner l'enfant (handling) ;
- instauration de la relation d'objet, qu'il met en relation avec la présentation des objets par la mère, c'est-à-dire avec la façon qu'elle a non pas tant de satisfaire le nourrisson que de lui laisser trouver l'objet et de s'en accommoder (sein, biberon, etc.), ce qui lui donne l'illusion nécessaire de l'avoir créé.

« Si la mère n'apporte au Moi qu'un soutien imparfait, il peut en résulter des conséquences très gravement mutilantes » et il cite : la schizophrénie infantile ou autisme, la schizophrénie latente, le « faux Self », la personnalité schizoïde.

D.W. Winnicott a encore décrit ce qu'il appelle la « *dépression psychotique* », qui survient si la mère-environnement fait défaut à un stade très primitif antérieur à l'installation d'une véritable relation d'objet total et à toute possibilité de symbolisation. Il s'agit d'une angoisse impensable, ressentie sur un mode très physique comme une perte d'une partie de sa substance corporelle, une discontinuité dans son corps. Les mécanismes psychotiques se mettent en place pour lutter contre la reviviscence de ces angoisses.

Nous avons déjà vu l'utilisation par Tustin de cette notion de « *dépression psychotique* ».

E) L'APPORT DE J. LACAN ET DE SON ECOLE

J. Lacan ne s'est pas penché directement sur le problème des psychoses de l'enfant ; cependant, nous l'avons vu lors de l'étude du développement affectif, un de ses premiers écrits est « le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je », phase structurante d'une particulière importance à la fin de la première année de l'enfant, moment crucial où se joue la névrose ou la psychose. Ce stade du miroir constitue l'expérience d'une identification primordiale par la conquête d'une image, celle du corps propre, qui structure le Moi ou plutôt le « Je », avant que le sujet ne s'engage dans la dialectique de l'identification à autrui par l'intermédiaire du langage, le complexe d'Œdipe devant être compris ici comme une identification secondaire par introjection de l'image du parent de même sexe. L'impossibilité de dépasser le niveau spéculaire, l'inaccession à l'ordre symbolique du « Je » spécifierait la structure psychotique. Par ailleurs J. Lacan reprend sous le terme de « forclusion » le mécanisme fondamental qui structure la psychose, qui n'est autre que le rejet (*Werwerfung*) de S. Freud ; la forclusion consiste en un rejet primordial d'un signifiant fondamental, hors de l'univers symbolique du sujet : « le Nom-du-Père », ou bien le « phallus ».

B. Castets, P. Aulagnier, M. Mannoni, entre autres, ont repris les concepts sous l'angle de la psychopathologie de l'enfant, et notamment de la psychose. Pour M. Mannoni, le champ de la psychopathologie est bien celui du langage, même si l'enfant ne parle pas encore ; le symptôme de l'enfant n'est qu'un élément d'un discours collectif qui englobe les parents, l'enfant et l'éventuel thérapeute, discours qui est à déchiffrer et à dénouer ; le symptôme devient alors un langage chiffré dont l'enfant garde le secret car les manifestations pathologiques ne sont en dernier ressort que des réponses à la parole de l'adulte, essentiellement de la mère. Le rôle joué par l'enfant dans le fantasme des parents, celui de la mère surtout, est mis en relief comme facteur pathogène prévalent. Ainsi l'enfant, exclu d'un accès à la relation triangulaire, est voué à demeurer à la place de l'objet partiel sans jamais assumer son unité et son identité propres, sans être perçu comme sujet désirant ; chez lui, l'issue symbolique est bloquée par la toute puissance maternelle, intervenant dans le réel, au niveau du besoin.

F) LES THEORICIENS DE LA COMMUNICATION

Les spécialistes de la communication à l'intérieur des groupes sont amenés à décrire de profondes anomalies dans les familles de psychotiques ; il faut noter que la plupart des travaux concernent des familles d'adolescents ou adultes schizophrènes et que par ailleurs un certain nombre de ces travaux ne se situent pas dans une perspective psychanalytique.

Le groupe de recherche de Palo Alto, avec notamment Bateson, a décrit le « *double lien* » (*double bind*) imposé à l'enfant par une ou plusieurs personnes de son milieu familial (la mère généralement) selon le déroulement suivant : un premier ordre, conditionné et entretenu par des sanctions ou signaux est suivi d'un second ordre en contradiction avec le premier et exprimé à un niveau plus abstrait ; l'enfant se trouve alors englué dans ces contradictions et dans l'incapacité d'échapper à ces réseaux de conditionnement. Le « double lien », pour Bateson, n'est pas limité à la relation mère-enfant, il dépend de la connivence des autres membres de la famille, qui, par leur non intervention dans

cette relation mère-enfant ou par une communication paradoxale confirmant ce lien, contribuent à son développement. Est évoquée là l'importance particulière de la relation avec les grands-parents.

L'AVENIR D'UN ENFANT PSYCHOTIQUE

L'évolution des psychoses de l'enfant est diversement appréciée. Dans l'ensemble, cependant, elle est considérée comme sévère.

Cependant, toutes les organisations psychotiques sont loin de partager le même pronostic.

Ainsi, doit-on s'efforcer, grâce à une observation prolongée, de percevoir si le fonctionnement mental de l'enfant, ses conduites sont le fait d'une structure « fermée » avec par exemple une position autistique extrêmement tenace malgré les efforts thérapeutiques ou bien semblent indiquer dès les premières semaines des possibilités de mobilisation.

Par ailleurs, nous avons vu la diversité des organisations psychotiques en fonction de l'âge et de la symptomatologie. Dans l'ensemble, on peut considérer comme de mauvais pronostic un déficit mental manifeste, un désordre clinique sévère et précoce, de profondes anomalies du langage (soit retard sévère, soit perturbations massives, soit bien sûr encore plus, non-apparition), l'absence ou presque de scolarisation.

On peut schématiser ainsi les évolutions possibles d'une psychose infantile.

L'évolution déficitaire est le risque majeur, nous l'avons plusieurs fois montré. Elle peut être globale, donnant un aspect de déficience psychotique évidente, ou plus partielle, avec la conservation alors des secteurs « instrumentaux » fonctionnant correctement voire même capables de performances remarquables ; certains enfants, à vrai dire rares, ont même des possibilités mnésiques ou de calcul mental (certains « calculateurs de calendriers ») tout à fait extraordinaires alors que par ailleurs leur efficience est plutôt pauvre et insuffisante.

Le fonctionnement psychotique peut persister mais évoluer de différentes façons. Les échanges relationnels vont rester extrêmement réduits et fugitifs ou bien être marqués par l'apparition de relations objectales tardives et atypiques où l'on peut observer tous les bouleversements de l'évolution du langage, bizarre, asyntaxique, utilisé non dans sa dimension symbolique mais dans une manipulation curieuse et personnelle des mots. Certains enfants évoluent vers une organisation psychotique permettant des possibilités d'apprentissage et d'adaptation et d'échanges plus importants ; à l'âge adulte ils se présentent volontiers avec un aspect physique très juvénile, des conduites bizarres, des relations pauvres, des investissements réduits et focalisés. Il faut noter là que l'aspect de dissocation schizophrénique secondaire dans les psychoses infantiles franches est diversement apprécié dans sa fréquence, certainement peu importante cependant. Dans l'ensemble les anciens psychotiques de l'enfance arrivés à l'adolescence ou à l'âge adulte ne se présentent pas comme des schizophrènes. D'autres semblent évoluer plutôt vers un état border-line.

Des troubles importants du comportement et du caractère, associés à une plus ou moins grande difficulté d'avoir de véritables relations affectives stables et positives, représentent une autre modalité évolutive donnant lieu à une pathologie du caractère où le sens de la réalité ne paraît pas profondément altéré, hormis cependant à certains moments où des passages à l'acte inattendus viennent traduire sa précarité.

Certains aspects de psychopathie grave sont à citer là.

Des manifestations d'allure névrotique comme certaines conduites d'apparence obsessionnelle ou phobique, des expressions d'une angoisse qui ne semble pas être vécue comme une angoisse de destruction de la cohérence de Soi, peuvent recouvrir encore un fonctionnement psychotique ou bien traduire *une névrosisation* plus authentique avec des conflits qui à l'analyse psychologique apparaissent plus liés à des exigences pulsionnelles et à un certain degré de répression interne qu'à une confrontation entre le ça et la réalité.

Bien entendu cette dernière évolution est la plus favorable.

Nous ne pouvons que dire, en terminant, que le traitement d'un enfant psychotique va être nécessairement long, utilisant de manière plus ou moins combinée selon les cas, les ressources d'une intervention psychothérapique très spécialisée et d'un environnement institutionnel adéquat donnant peu à peu l'occasion à l'enfant de vivre de néorelations structurantes le conduisant à abandonner non sans difficultés ses positions psychotiques et à reprendre une individuation véritable.

BIBLIOGRAPHIE

I - Cette bibliographie ne comporte évidemment qu'un tout petit nombre de références, toutes cependant facilement accessibles et comportant généralement elles-mêmes une bibliographie importante.

- AJURIAGUERRA (J. de). — Psychoses de l'enfant. In *Manuel de Psychiatrie de l'enfant*, Masson, 1974, 2^e édit., p. 751-816.
- BETTELHEIM (B.). — *La Forteresse vide* (Tr. R. Humery) Edit. Gallimard, 1969, 585 p.
- DARDENNE (Ph.), MAZET (Ph.), DUCHE (D.J.). — Discussion de la place des épisodes somatiques précoces au cours des psychoses infantiles. A propos de 144 cas. *Rev. Neuropsychiat. Infant.*, 1975, 23, pp. 139-160.
- DIATKINE (R.). — L'enfant prépsychotique. *Psychiat. Enfant*, 1969, 12, pp. 413-466.
- DOPCHIE (N.). — L'approche thérapeutique des psychoses infantiles. *Congrès de Psychiatrie et de neurologie de langue française* (Bruxelles, 1969) - Masson et Cie, édit. Paris, 1970.
- DUCHE (D.J.), STORK (H.), TOMKIEWICZ (S.). — Les psychoses infantiles. *Congrès de Psychiatrie et de neurologie de langue française* (Bruxelles, 1969) - Masson et Cie, édit., Paris, 1970.
- LANG (J.L.). — Les parapsychoses infantiles. *Psychanalyse à l'université*, 1976, 1, p. 535-585.
- LEBOVICI (S.), Mac-Dougall (J.). — Un cas de psychose infantile. *Etude psychanalytique*, P.U.F., 1960, 480 p.
- MAHLER (M.). — *Symbiose humaine et individuation. Psychose infantile* (trad. P. et J. Léonard). Payot édit., Paris, 1973, 252 p.
- MANNONI (M.). — L'enfant, sa « maladie » et les autres. Edit. du Seuil, 1967, 253 p.
- MISES (R.), MONIOT (M.). — Les psychoses de l'Enfant. *Encycl. Médic. chirurg., Psychiatrie*, 1970, 37 299 M 10 pp. 1-4, M 20 pp. 1 à 20, M 30 pp. 1 à 4.
- SIBERTIN-BLANC (D.), MAZET (Ph.). — La psychose maniaco-dépressive existe-t-elle chez l'enfant ? *Perspectives Psychiatriques*, 1977, 15, (n° 60), pp. 25-29.
- SOULE (M.), HOUZEL (D.) et BOLLAERT (ST.). — Les psychoses infantiles précoces et leur traitement. *Psychiat. Enfant*, 1976, pp. 341-397.
- WIDLOCHER (D.). — Etude psychopathologique des états prépsychotiques. *Rev. Neuropsychiat. Infant.*, 1973, 21, pp. 735-744.
- II - On peut citer aussi parmi bien d'autres, deux numéros de revues, l'une médicale l'autre psychiatrique, dont le thème est « les psychoses de l'enfant » :
- Les Psychoses infantiles. *La Revue du Praticien*, 1970, 20, pp. 3449-3551. Avec des articles de Duché (D.J.), Koupernik (C.), Dugas (M.) et coll., Launay (Cl.), Mises (R.), Perron-Borelli (M.) et coll., Lebovici (S.), Blumen (G.) et coll., Widlocher (D.).
- Les psychoses de l'enfant. *Confrontations psychiatriques*, Specia édit., 1969 (n° 3), pp. 1-203. Avec des articles de Mises (R.), Koupernik (C.) et Eisenberg (L.), Launay (Cl.) et coll., Amado (G.), Male (P.), Lang (J.L.), Lebovici (S.), Voizot (B.) et Duché (D.J.), Tosquelles (F.).
- III - On peut encore citer, dans « *Childbook psychopathology. An anthology of basic readings* », (Soul I. Harrison and J.F. Macdermott édit., Inter. Univers. Press, Inc., New York, 1 vol., 1972) les textes de base de :
- BENDER (L.). — Childhood schizophrenia. pp. 628-646.
- KANNER (L.), LESSER (L.I.). — Early infantile autism. pp. 647-669.
- GOLDFARB (W.). — An investigation of childhood schizophrenia. A retrospective view. pp. 688-709.
- EKSTEIN (R.), WRIGHT (D.G.). — The space child. pp. 710-725.

LES ETATS DEFICITAIRES

Jusqu'à ces dernières années, les déficiences mentales n'avaient inspiré qu'un nombre très limité de travaux cliniques. Ceci apparaît particulièrement si l'on établit une comparaison avec les nombreuses études consacrées dans le même temps à d'autres organisations psychopathologiques dont la symptomatologie est plus remarquable, plus attirante sans doute, mais dont les conséquences sont moins graves sur le plan social et même parfois sur le plan individuel. Cette tendance à négliger les déficits mentaux va de pair avec une conception simplificatrice où le déficit est conçu comme pure variation négative, quantifiable, irréductible, d'origine organique.

Cependant, d'autres idées se font jour peu à peu, et actuellement des études d'inspirations diverses convergent en fin de compte pour examiner ce vieux problème sous un éclairage neuf : reconnaissance de la complexité et de la mouvance des formes déficitaires derrière cette unicité et cette fixité si longtemps, à tort, postulées ; approches structurales et dynamiques largement inspirées par la psychanalyse ; abord psychologique du déficient renouvelé par certains travaux sur la genèse des processus cognitifs ; recherches neurobiologiques, génétiques, biochimiques enrichies par les progrès techniques et conceptuels des sciences fondamentales.

Ainsi il apparaît clairement qu'il faut considérer *le déficit mental comme un symptôme qu'on peut rencontrer au sein de structures mentales diverses, lié à des causes et à des mécanismes eux-mêmes multiples et variés.*

Nous avons largement abordé dans le premier volume, lors de l'étude des troubles intellectuels, le déficit intellectuel en tant que symptôme, c'est-à-dire les aspects concernant la sémilogie clinique et psychométrique des anomalies tant quantitatives que qualitatives des divers déficits intellectuels, ceci après avoir apporté des précisions terminologiques sur les notions respectives de déficience intellectuelle et mentale, d'arriération (en opposition à la notion de détérioration), d'insuffisance mentale, de débilité, de fausse-débilité et rappelé les principaux facteurs étiologiques de ces déficiences.

Nous allons donc étudier ici essentiellement les aspects concernant la personnalité des enfants déficients, leur vie affective et relationnelle, les structures mentales au sein desquelles peut prendre place un déficit intellectuel.

Quelques notions méritent auparavant d'être rappelées.

GENERALITES

1) Les déficiences mentales constituent **un groupe très hétérogène** de par leur étiologie, leurs aspects cliniques, leur pronostic.

Ainsi, les facteurs étiologiques peuvent être organiques, liés à une atteinte cérébrale, ou bien psychologiques d'ordre affectif et relationnel ou socio-culturel.

Les aspects cliniques sont très variés en raison d'une part des diverses caractéristiques du déficit intellectuel lui-même, d'autre part du contexte dans lequel il apparaît, la personnalité du sujet notamment, mais aussi les autres troubles.

TABLEAU I. Tableau résumé de

Les principales affections	Remarques cliniques
I - LES ATTEINTES PRENATALES	
a) d'origine génétique	
● de type génique - atteinte héréditaire due à une déficience spécifique de gènes.	
— Maladies métaboliques dites erreurs innées du métabolisme.	
Troubles du métabolisme protidique - parmi les amino-acidopathies la <i>phénylcétonurie</i> est la plus fréquente	Chromatographie des acides aminés sanguins Enfants en général hypo-pigmentés, à peau claire, cheveux blonds, à détérioration progressive, si on ne donne pas un régime pauvre en phénylalanine très précocement. Diagnostic par les tests de R. Guthrie (faits en principe systématiquement à la naissance).
Troubles du métabolisme glucidique. Parmi eux, il faut citer la galactosémie congénitale .	
Troubles du métabolisme lipidique. Neurolipidoses (leucodystrophie métachromatique etc.).	Galactosurie. Le déficit enzymatique (galactose 1 - phosphate - urydyl - transférase) peut être mis en évidence dans le sang. Nécessité absolue d'un régime sans galactose.
— Neuro-ectodermoses congénitales ou phacomatoses. Parmi elles, citons la sclérose tubéreuse de Bourneville	Comitialité, signes cutanés (petits adénomes sébacés sur le visage, tuméfactions péri-unguéales, etc.) Mais toutes ne sont pas familiales et héréditaires Toutes ne sont pas héréditaires
— Anomalies cranio-encéphaliques — Hypothyroïdies congénitales	
● Aberrations chromosomiques (par « accidents » lors de la division cellulaire)	Normalement il y a 23 paires de chromosomes : 22 paires d'autosomes
	1 paire de chromosomes sexuels ou gonosomes (XX : femme) (XY : homme).
— Aberrations autosomiques.	
<i>Le mongolisme</i> par trisomie 21, est de très loin la plus fréquente (mais... non la seule : autres trisomies, monosomies, délétion partielle du bras court du chromosome 5 ou « maladie du cri du chat »)	Diagnostic clinique sur les éléments dysmorphiques (facies particulier avec obliquité des fentes palpébrales, nez plat) ; la déficience mentale est constante, variable.
— Aberrations gonosomiques : notamment dans les dysgénésies gonadiques du syndrome de Klinefelter (XXY) chez l'homme et du syndrome de Turner (XO) chez la femme ou bien lors du syndrome XXX ou XYY ...	La formule XYY a été faussement appelée chromosome du crime.

facteurs organiques de déficience mentale

Les principales affections	Remarques cliniques
b) Les anomalies acquises intra-utérines :	
<i>Les embryopathies</i> (pendant le 1^{er} trimestre de la grossesse) : origine virale (rubéole) radiothérapie (rayons X, etc.) médicamenteuses <i>Les fœtopathies</i> (au-delà du 3^e mois) : infectieuses (toxoplasmose, listériose) irradiations, carences nutritionnelles de la mère.	Les risques d'embryopathie rubéolique sont maximum pendant le premier trimestre : déficience mentale avec selon les cas, cataracte, surdité, malformations cardiaques.
II - LES ATTEINTES NEO-NATALES OU PERI-NATALES	
— la prématurité — les accidents obstétricaux avec souffrance néonatale, anoxie de causes diverses, par traumatisme mécanique. — l'ictère nucléaire, par incompatibilité sanguine fœto-maternelle, notamment rhésus, en particulier (mère Rh— et fœtus Rh+)	Lorsqu'elle est très importante dans certains cas.
III - LES ATTEINTES POSTNATALES PRECOCES	
a) L'atteinte cérébrale est la séquelle d'une affection aigue	
— infection : méningite purulente méningo-encéphalite aiguë virale (maladies éruptives ou non) — hématomes intra-crâniens — traumatisme crânien — causes métaboliques (certaines hypoglycémies, déshydratation grave) — causes toxiques et médicamenteuses — état de mals convulsifs	Mais tous les ictères prolongés du N-N peuvent être à l'origine de troubles psychiques graves. Prévention par l'exsanguino-transfusion.
b) Certaines maladies convulsivantes	
— le syndrome de West avec spasmes en flexion et tracé d'hypsarythmie — le syndrome de Lennox avec pointes-ondes lentes diffuses (Gastaut) ou petit mal variant..	Quelle que soit la cause, même bénigne, en cas d'état de mal prolongé.
c) L'atteinte s'installe insidieusement ; elle a souvent un caractère évolutif : leuco-encéphalites, leucodystrophies	Intérêt de la corticothérapie, pronostic lié à l'existence ou non d'une encéphalopathie préexistante et de la précocité du traitement. Plus fréquent que le précédent, avec crises toniques axiales, chutes brutales, absences atypiques. Traitements médicamenteux assez décevants. La dimension familiale héréditaire est fréquente.

Le pronostic lui-même est loin d'être simple et univoque ; ainsi aux déficits fixés viennent s'opposer bien des déficits évolutifs, dans les deux sens d'ailleurs.

2) Problèmes étiopathogéniques. Les facteurs de déficience mentale sont très divers. Nous les avons déjà envisagés dans le premier volume, abordant aussi les problèmes soulevés par les déficits intellectuels sans cause apparente et les diverses thèses proposées dans ce cas : thèse « organicienne » où une hypothétique atteinte cérébrale à minima non démontrable est invoquée ; thèse psychodynamique du déficit mental, expression d'un conflit latent avec l'entourage ; thèse de l'insuffisance intellectuelle, variante extrême de la normale par les jeux de la transmission héréditaire polygénique.

Voici donc simplement d'abord un tableau rappelant les principales *étiologies « organiques »* des déficiences mentales (cf. Tableau I). Disons à ce propos que plus le déficit mental est sévère, plus on a de chance de trouver un facteur étiologique organique précis ; mais une telle découverte est loin d'être constante.

A l'inverse, de nombreux travaux sociologiques statistiques montrent une très forte concordance entre la « débilité mentale sans cause organique » et *les conditions socio-culturelles défavorables*, voire le paupérisme ; cela est particulièrement net pour les déficits légers voire moyens.

Par ailleurs, de très nombreuses études cliniques longitudinales d'enfants ayant eu des carences affectives précoces importantes prolongées ou présentant *des troubles affectifs et relationnels* précoces, sévères, psychotiques ou non, montrent le risque déficitaire de telles situations, à vrai dire plus fréquentes qu'on ne le croit généralement ; nous n'allons pas y revenir ici. Nous souhaitons simplement faire quelques remarques d'ordre général :

- Ce que nous venons de dire ne doit pas nous faire aboutir à une nouvelle dichotomie simpliste qui serait, là : déficits profonds et très profonds, d'origine organique — déficits légers et moyens, d'origine socio-culturelle et affective. La réalité est beaucoup plus complexe et certaines déficiences mentales majeures apparaissent bien par exemple comme le résultat d'un processus psychologique mutilant gravement et précocement la vie cognitive.

- De même, la mise en évidence d'un facteur étiologique précis ne doit pas faire méconnaître *l'association de plusieurs facteurs*. Par exemple, une atteinte cérébrale postencéphalitique d'un déficit mental va nécessairement entraîner un gauchissement des relations entre l'enfant et son entourage. Comme le note R. Mises, « l'enfant se construit dans un mouvement complexe, marqué par des étapes à travers lesquelles on observe que l'élaboration et la structuration des fonctions cognitives sont inséparables du mouvement évolutif global de la personnalité. Il existe sans doute des cas où les facteurs organiques, sous formes d'atteintes lésionnelles ou génétiques, vont peser de manière évidente, mais il ne faut pas seulement mesurer l'incidence de ces perturbations au niveau du dysfonctionnement cérébral. Il faut toujours se souvenir qu'à partir d'eux, les expériences vécues de l'enfant vont se vivre sur un mode différent, que le climat familial en sera modifié, que les réponses de la mère à cet enfant en seront transformées. Bref, il convient donc de suivre les effets de l'atteinte organique non seulement dans le registre neurobiologique, mais sur d'autres plans, sur celui de l'évolution des pulsions, sur celui de l'investissement de l'enfant par la mère et de la mère par l'enfant, par exemple... ».

Cela nous permet de rendre compte de *la notion d'écart organo-clinique*, à savoir l'existence d'évolutions psychologiques très divergentes à partir de réalités organiques apparemment identiques.

Cela nous permet aussi d'évoquer *la complémentarité évidente de l'équipement biologique et des soins maternels dans le processus de développement*. A cet égard, il est instructif de voir comment certaines mères particulièrement « bonnes » parviennent tout naturellement à « réparer » les méfaits d'une souffrance néo-natale ayant entraîné initialement un certain degré de retard de développement.

- Les remarques précédentes n'empêchent pas de considérer qu'en pratique se présentent

bien distinctement les situations faites d'un déficit inscrit dans l'équipement à un moment donné du développement du sujet et relativement fixé, et celles où on assiste à une débilitation progressive liée à une psychopathologie sévère du développement mental.

3) **Le déficit intellectuel**, avec ses différents degrés, contribue lui aussi à la variété des aspects cliniques.

Ainsi, entre la vie mentale très réduite dans ses possibilités d'expression et de communication d'un déficit très profond et celle d'un enfant dont la débilité légère ne se traduit que dans certains apprentissages scolaires, il y a un écart considérable.

Retenons cependant que bien qu'à des niveaux différents, l'un et l'autre stagnent à un certain type de fonctionnement intellectuel, sensori-moteur pour le premier, logique concret pour le second, sans avoir précisément le potentiel de progression, de transformation qui caractérise le développement normal ; B. Inhelder parle de « viscosité génétique » à propos de cette inertie ou de cette lenteur dans le développement des débiles.

4) **D'éventuels troubles associés** vont encore, le cas échéant, créer des aspects cliniques plus complexes : épilepsie, infirmité motrice cérébrale, déficits sensoriels, troubles somatiques divers, sans oublier, bien sûr, les troubles du langage et de la psychomotricité liés au déficit mental.

5) Quoi qu'il en soit, le travail du clinicien est de replacer le symptôme déficit intellectuel au sein de **l'ensemble de la personnalité du sujet**, de son organisation mentale ; c'est d'elles en définitive que dépendent les capacités adaptatrices du sujet à la réalité. C'est précisément cet abord que nous allons maintenant envisager.

LE CHAMP PSYCHOPATHOLOGIQUE DES DEFICIENCES MENTALES

L'étude psychopathologique approfondie d'un patient ayant un déficit mental représente un temps important ; c'est à travers elle que les symptômes et les facteurs en cause prennent sens. Or la tentation est grande précisément ici « d'accoler l'étiquette symptomatique de déficit élevée à la dignité d'entité nosographique, à une étiopathogénie indiscutablement établie, en sautant ce temps indispensable », comme le souligne J.L. Lang.

Dans cette perspective psychopathologique, il ne nous semble pas possible de décrire une structure déficitaire univoque. Nous allons, en suivant R. Mises, tenter de schématiser les différentes organisations dans lesquelles le déficit mental peut s'inscrire.

1) **Les déficiences mentales prises dans une organisation mentale fixée**

Ces formes recouvrent dans une première approche les descriptions classiques de la vie cognitive, affective et relationnelle des enfants dits arriérés ou débiles « typiques ». L'organisation mentale apparaît là stable, quasi figée à travers des conduites plus ou moins élaborées selon l'importance du déficit.

Dans les déficiences les plus profondes (l'état somatique y est généralement très précaire), la vie relationnelle est évidemment très limitée, réduite par exemple à l'expression des yeux ou au sourire, les autres possibilités d'expression et de communication sont quasi-inexistantes. Bien entendu, même dans les déficiences dites très profondes, ces possibilités peuvent être plus importantes, même si l'accession à la fonction symbolique et au langage ne se fait pas. Ainsi, quoique à travers des conduites d'allure très élémentaire, concernant plus particulièrement les activités alimentaires, sphinctériennes, tonico-motrices, gestuelles, les manipulations d'objets, les contacts cutanés, vont se manifester des expressions de plaisir ou de déplaisir dans une relation qui paraît plus ou moins ouverte selon les cas à une perception différenciée de l'autre. Des comportements très répétitifs stéréo-

typés (par exemple certaines rythmiques, activités auto-érotiques) traduisent bien le fonctionnement en circuit très réduit, malgré tout peu ouvert sur l'extérieur ; il en est de même des très fréquentes manifestations auto-agressives, voire auto-mutilatrices. Des accès d'agitation vont signer le cas échéant une angoisse massive. D'un point de vue très concret, il n'est évidemment pas indifférent tant pour l'enfant que pour l'entourage qu'il soit grabataire ou qu'il puisse marcher même imparfaitement.

Dans les déficiences dites profondes les comportements sont plus élaborés, plus diversifiés, autorisant d'abord un certain degré d'autonomie personnelle pour bien des activités quotidiennes ; la parole et le langage sont suffisamment développés pour permettre une certaine communication verbale ; ainsi y a-t-il, bien que de manière réduite et précaire, un certain degré de verbalisation de la vie mentale, d'une vie mentale qui apparaît dans la vie quotidienne comme dans la situation clinique (observation clinique, tests projectifs) à la fois pauvre, figée et « archaïque » sur le plan du contenu fantasmatique (centré sur le corps, sur la relation à l'objet maternel), de son élaboration et de sa maîtrise, mais aussi riche de possibilités affectives et relationnelles pour peu qu'on soit disponible et non aveuglé par certaines conduites stéréotypées et répétées de l'enfant.

Avec les déficiences dites moyennes et légères, le domaine de la débilité proprement dite, nous abordons un domaine dont nous avons déjà dit que ce sont en grande partie des critères pédagogiques qui ont contribué à l'isoler.

Cela n'a pas empêché d'essayer de décrire des traits de personnalité caractéristique de l'enfant débile. A ce propos il est utile de rappeler là la distinction ancienne introduite par G. Vermeylen et T. Simon, de deux types de débiles ; les débiles harmoniques dont le retard intellectuel ne se complique d'aucun trouble net du caractère, appelés encore débiles « pondérés » ou « utilisables » ; les débiles dysharmoniques qui ajoutent à leur insuffisance intellectuelle des troubles du comportement rendant leur adaptation encore plus précaire.

Pour ne parler ici que du débile « typique » et « harmonique », il est décrit volontiers comme égocentrique, centré sur lui-même mais suggestible, crédule, mythomane, par ailleurs impulsif, gêné par son instabilité, contrôlant mal ses désirs et assimilant mal les frustrations affectives, adoptant selon les cas des attitudes de repli ou de passivité, d'opposition ou de compensation inadaptée.

En fait ce portrait est bien général et superficiel, ne rendant pas compte de l'originalité propre de chaque enfant et des relations qu'il a avec son entourage familial, scolaire, social. Il n'en reste pas moins qu'un des axes autour desquels s'organise le comportement de l'enfant est sa confrontation à son infériorité, à ses échecs et aux attitudes de son entourage face à son insuffisance. Nous allons aborder un peu plus loin ce problème fondamental du poids de l'attitude de l'environnement.

Il est intéressant de citer maintenant les données d'un certain nombre de travaux récents.

Ainsi J.J. Lustin met l'accent sur trois aspects de l'organisation mentale du débile :

- l'intégration dans le temps serait souvent plus précaire que l'intégration dans l'espace ; intégration du temps pourtant nécessaire à l'enfant afin d'accéder au statut de sujet sinon autonome tout au moins bien différencié, en ayant une histoire personnelle dans laquelle il se repère ;

- la pensée magique et la mythomanie constituent un mode de possession du monde et la dénégaration du manque par l'affirmation de la toute-puissance. Par ailleurs, la mentalisation semble s'opérer souvent sur le mode de la représentation-affect, avec un registre symbolique (dans sa dimension post-œdipienne) plus ou moins difficilement accessible aussi bien dans le maniement des objets (qui conservent leur caractère concret), de l'argent que dans l'utilisation du langage : à certains moments utilisation du langage comme expression directe du besoin, à d'autres, coupures avec la pensée.

- En ce qui concerne l'agir, l'aspect stéréotypé et répétitif de certains comportements est d'abord à rappeler. En fait, le débile apparaît tantôt comme très « plastique », influençable, dépendant, tantôt comme entêté, soumis à la compulsion de répétition. On assiste aussi à l'oscillation entre passivité et impulsion ; le sujet semble osciller entre les deux sans trouver une position d'équilibre ; ces oscil-

lations montrent bien ses difficultés d'individuation : ou bien il est l'objet de l'autre ou bien il fonctionne de façon automatique, auto-érotique.

Par ailleurs, bien des points de vue mettent l'accent sur la précarité et la fragilité des mécanismes de défense du Moi face à l'émergence d'une angoisse mobilisée par exemple par la confrontation à une situation nouvelle. On observe ainsi de véritables *réactions de désarroi*. Cela peut être le cas au cours d'examens psychologiques (tests projectifs). Mais même en dehors de ces situations, l'enfant est assez souvent confronté à une angoisse liée à des fantasmes du registre « archaïque », prégnants et entraînant des moments où le fonctionnement mental semble dominé transitoirement par des processus primaires, l'insertion dans la réalité étant alors ténue.

En définitive, à partir de notre expérience, il nous semble tout aussi impossible d'assimiler le déficient mental à l'enfant de même âge mental qu'à l'enfant psychotique, malgré la présence d'éléments qui paraissent l'apparenter tantôt à l'un tantôt à l'autre ; dans cette deuxième perspective notamment, la vie fantasmatique du registre dit archaïque dont on a parlé, n'a pas la même finalité désorganisatrice ; le recours à la réalité objective quotidienne, aussi limité ou inadapté soit-il, existe, sert même de base de référence ; le jugement même, dans ce qu'il a de puéril et d'inadéquat, constitue une tentative d'élaboration structurante de la personnalité.

2) Les déficiences dysharmoniques prises dans un processus évolutif

Le terme de dysharmonique n'a pas seulement ici le sens descriptif donné par G. Vermeulen mais définit une organisation mentale où « l'insuffisance intellectuelle, des troubles relationnels notables et assez souvent des déficiences instrumentales sont prises dans un mouvement qui laisse ouvert le pronostic » (R. Mises) mais dont malheureusement une des issues est l'aggravation du déficit mental en dehors d'un traitement approprié. Il faut noter que la gravité respective de chacun des grands traits symptomatiques varie d'un cas à l'autre et que pour un enfant donné elle tend à se modifier en cours d'évolution.

La fréquence de ces déficiences dysharmoniques par rapport à l'ensemble des déficiences est très discutée. Le pourcentage est certainement plus élevé qu'on ne l'a dit classiquement (par exemple à peu près la moitié pour G. Heuyer). Dans un travail récent portant sur « la débilité mentale légère » (G. Garrone, Fl. Guignard, R. Rodriguez), tous les enfants, qu'il s'agisse d'une débilité sans cause apparente dite « endogène » ou d'une débilité dite « exogène » en rapport avec une atteinte cérébrale, sont considérés comme gravement dysharmoniques (sur le versant psychotique) ; un quart même de ces enfants est décrit comme « ayant une vie fantasmatique envahissant très visiblement la totalité de la vie extérieure sous une forme psychotique, maniaque ou paranoïaque ». Il n'est pas inintéressant de noter en passant que, dans ce travail, hormis les données concernant le milieu familial, les différences entre le groupe « exogène » et « endogène » sont peu sensibles dans tous les paramètres concernés (intelligence et processus opératoires, langage, praxies, approche dynamique et structurale de la personnalité). Par contre, aucun des enfants considérés comme « débiles mentaux endogènes » n'appartient à un milieu socio-économique élevé, ni même relativement élevé, alors que les « débiles organiques » et le « groupe témoin » proviennent de toutes les couches socio-économiques.

Pour R. Mises, « dans tous les cas, on relève la structuration progressive de l'arriération mentale à travers une dysharmonie évolutive grave ». Autrement dit, pour ces auteurs, la débilité harmonique n'existe pas autrement que dans l'abstrait. Il faut reconnaître cependant que l'expérience d'autres auteurs est assez différente, et que, selon eux, il existe des enfants débiles sans dysharmonie importante, notamment lorsqu'ils grandissent dans un milieu tolérant, chaleureux, organisant des relations affectives positives avec l'enfant.

On peut schématiquement distinguer trois variétés : les déficits dysharmoniques à versant psychotique, à versant névrotique, à versant dépressif.

a) *Déficiences dysharmoniques à versant psychotique*

Entre celles-ci et les psychoses déficitaires, les limites sont évidemment imprécises. Ce versant psychotique va s'exprimer surtout dans l'utilisation préférentielle de mécanismes de défense primitifs (identification projective, clivage, déni, idéalisation, ou omnipotence) ; par des relations d'objets surtout parcellaires, fragmentaires ne permettant pas de véritables identifications ; par une perturbation fréquente de l'activité mentale par des processus primaires, par une appréhension fortement perturbée de la réalité extérieure à certains moments. Cependant, il n'y a pas la massivité des perturbations de l'organisation psychotique franche, l'aménagement relationnel et certains mécanismes adaptatifs sont assez variés pour protéger d'une désorganisation globale.

b) *Déficiences à versant névrotique*

Elles se démarquent des précédentes par la maîtrise exercée sur l'activité pulsionnelle et ses dérivés imaginaires, par des mécanismes au moins en partie du registre névrotique (refoulement, déplacement phobique, mécanismes obsessionnels venant encore plus perturber la pensée, etc.) et par une problématique interne conflictuelle où le niveau génital, œdipien est là encore en partie présent.

c) *Déficiences à versant dépressif*

Elles se cachent sous le masque de l'apathie, de l'asthénie, de la fatigabilité, d'attitudes de repli sur soi, d'inhibition, de conduites d'échec. Parfois, ce sont des troubles du comportement qui sont au premier plan et qui peuvent avoir soit la valeur d'un appel à l'aide, d'une demande d'attention et de soutien, soit la valeur d'une tentative d'affirmation de soi. Bien évidemment le narcissisme de ces enfants est profondément défaillant. Une telle altération du sentiment de soi ne peut qu'aller dans le sens d'un appauvrissement relationnel et mental encore plus importants.

LE PRONOSTIC

Le problème du devenir, de l'avenir d'un enfant déficient est évidemment central, tant sur le plan de son évolution psychologique personnelle que sur celui de sa vie « sociale », familiale, scolaire, professionnelle.

Le pronostic est lié à bien des facteurs qu'on peut reprendre ici et schématiser brièvement ainsi :

1) Les caractéristiques même **du déficit mental**, son importance bien entendu, mais aussi les anomalies qualitatives de la vie cognitive que nous avons décrites plus haut ;

2) **L'organisation mentale** au sein de laquelle s'inscrit ce déficit.

Nous venons de voir le potentiel d'aggravation déficitaire des déficiences dysharmoniques prises dans un processus mental évolutif.

3) **L'étiologie** bien entendu intervient ; nous n'allons pas revenir sur cette question et les remarques que nous avons faites, à ce sujet, par exemple à propos de la notion d'écart organo-clinique.

4) **Le milieu** dans lequel vit l'enfant représente un facteur pronostique très important.

a) *L'entourage familial*, par ses attitudes à l'égard de l'enfant, joue un rôle évidemment considérable dans l'évolution psychologique de celui-ci.

Depuis Seguin, on a souvent l'habitude de décrire les attitudes parentales en termes de « rejet » et d'« hyperprotection », attitudes opposées sur un axe où on peut voir bien entendu des positions intermédiaires. A vrai dire, le véritable problème est d'essayer de percevoir, au-delà des attitudes manifestes, la position profonde de chaque parent à l'égard de l'enfant, sa possibilité de percevoir et d'accepter cet enfant tel qu'il est, sa possibilité d'envisager et d'adopter des attitudes à son égard, d'organiser son existence, de telle manière qu'il soit placé dans les conditions les plus propices à son meilleur développement. Ces *sentiments profonds*, lesquels ne se dévoileront au médecin (et parfois aux parents eux-mêmes) qu'à la suite d'une longue collaboration et dans une atmosphère

de confiance réciproque, ont bien des chances, on s'en doute, de se situer dans le double registre de la *culpabilité* et de l'*atteinte narcissique*.

En définitive au niveau de la famille tout est possible : dénégation du déficit, dépression et démission, accusations très projectives à l'égard de l'école, des médecins, de la Société ; comportement hyperactif et militant dans des associations de parents (sur un mode parfois hypomaniaque ou persécutif) ; surinvestissement du déficit, mais aussi acceptation, tolérance et « réparation » (de ce qui est mobilisable).

Ainsi, l'attitude du milieu va-t-elle jouer, tantôt dans le sens d'un dépassement, tantôt dans celui d'une fixation voir d'une aggravation des déficiences. Bien entendu il faut évoquer là à nouveau la relation psychotisante de certaines mères, prises dans des conduites paradoxales, incohérentes, à l'égard de l'enfant, ayant à son égard une relation d'objet partiel, tout cela ne permettant pas à l'enfant de « s'individuer » avec les moyens dont il dispose.

b) *Les attitudes « médico-psychopédagogiques »*

Les attitudes, les paroles, les soins de ceux qui sont amenés à examiner, à s'occuper de l'enfant, n'en sont pas moins importantes d'un point de vue pronostique.

Evoquons d'abord ce qui peut se passer chez des *médecins* non spécialistes. Ce sont eux en effet qui sont les premiers (dans la vie de l'enfant) concernés ou consultés : accoucheurs, réanimateurs, généralistes, pédiatres.

Face à un épisode somatique pré, péri ou post-natal, face à un retard de développement, la tentation peut être de privilégier abusivement (sans raisons objectives) une éventuelle dimension organique, une hypothétique atteinte cérébrale, aux détriments d'une dimension relationnelle qu'une analyse plus approfondie ne manquerait pas de retrouver dans tel ou tel cas par exemple. De la même façon, la méconnaissance de cette participation relationnelle dans la constitution du tableau clinique même en cas de facteur organique précis est possible.

Un autre risque est représenté par la trop forte collusion entre le diagnostic étiologique et l'évaluation pronostique, sans prendre en considération qu'il y a là deux points de vue différents même s'ils sont liés et que le plus souvent il y a un certain degré d'inconnu (dans le déterminisme biologique comme dans le déterminisme psychologique) concernant l'avenir. Un très bon exemple est représenté par l'observation de J.L. Lang, concernant l'évolution psychopathologique vers un état dysharmonique légèrement déficitaire (niveau de débilité légère), d'un enfant âgé de 9 ans ayant une aberration chromosomique diagnostiquée très tôt et appelée maladie du cri du chat et pour lequel les médecins ont d'emblée prédit aux parents, et de manière définitive, le plus sombre avenir sur le plan intellectuel avec toutes les conséquences que l'on devine sur le plan de l'investissement de cet enfant par ses parents.

Cela nous amène à évoquer la prudence qui doit être la nôtre lorsqu'il s'agit de parler de l'avenir de l'enfant, comme d'ailleurs à évoquer tel ou tel facteur à l'origine de son état, de définir la nature et les moyens de soigner l'enfant. Nous avons à essayer d'éviter aussi bien, comme le dit S. Tomkiewicz, le mensonge lénifiant et la révélation brutale, les positions systématiques de maintien à tout prix de l'enfant dans le milieu familial ou à l'inverse de placement.

Tout ce qui vient d'être dit peut évidemment s'appliquer aux spécialistes des problèmes de l'enfant, *psychiatres et membres de l'équipe soignante*, psychologues, éducateurs, enseignants, rééducateurs, travailleurs sociaux. Bien entendu, leur formation, leur pratique les a sensibilisés aux aspects qu'on vient d'aborder. Mais leur propre personnalité, leur vie affective personnelle, leur position théorique, le type d'institution dans lequel ils travaillent et son idéologie n'en pèsent pas moins lourdement sur leur pratique en général et sur la manière d'envisager et de réaliser concrètement la prise en charge de tel enfant en particulier. Là encore, face à un sentiment d'impuissance que ne peuvent manquer d'engendrer bien des situations, les réactions peuvent aller de l'attentisme passif, de la démission à l'activisme thérapeutique mal contrôlé, sous couvert de rationalisations plus ou moins sophistiquées.

BIBLIOGRAPHIE

I — Cette bibliographie ne comporte évidemment qu'un tout petit nombre de références, toutes cependant facilement accessibles et comportant elles-mêmes généralement une bibliographie importante.

AJURIAGUERRA (J. de.). — L'arriération. In Manuel de psychiatrie de l'enfant, Masson, 1974, 2^e édit., pp. 637-676.

ECK (M.). — Neuropsychiatrie infantile. Edit. J.B. BAILLIÈRE, 1973, 617 p.

KOHLER (Cl.). — Jeunes déficients mentaux. Ch. Des-sart, Edit., 1967, 445 p.

LANG (J.L.). — Erreur de diagnostic psychopathologique dans un cas de maladie du cri du chat. Rev. Neuro-psychiat. Infant., 1975, 23, pp. 233-237.

LAUNAY (Cl.) et DAVY (C.). — Les enfants difficiles. Maloine, 1969, 364 p.

MANNONI (M.). — L'enfant, sa « maladie » et les autres. Edit. du Seuil, Paris, 1967, 253 p.

MISES (R.). — L'enfant déficient mental. Presses Univ. France, 1975, 313 p.

RAPOPORT (D.) et RICHARDET (J.M.). — A propos de la phénylcétonurie : apport de la psychologie clinique à la compréhension globale de la maladie. Rev. Neuro-psychiat.-infant., 1975, 23, pp. 111-127.

TURPIN (J.-Cl.). — Encéphalopathies. In Précis de médecine infantile, GRENET (P.) et VERLIAC (F.). Masson et Cie édit., 1975, 3^e édit., pp. 808-839.

ZAZZO (R.) et Coll. — Les déficits mentaux. Armand Colin, 1969, 498 p.

II — Parmi de très nombreux numéros de revues spécialisées consacrés à ce sujet, citons entre autres :

— Les déficits mentaux. Confrontations Psychiatriques. Specia, édit., 1973 (N^o 10), 215 p. Avec les articles de MISES (R.), LANG (J.L.), PERRON (R.), BERGES (J.), GARRONE (G.) et coll., TAYLOR (A.), BROOKE (Cl.), TOMKIEWICZ (S.), BEAUJARD (M.), KOHLER (Cl.) et coll.

— Les arriérés mentaux profonds (C.E.S.A.P.). Rev. Neuro-psychiat. infant., 1971, 19, pp. 109-175.

— Les déficiences mentales. Rev. Neuro-psychiat. infant., 1974, 22, pp. 1-130.

III — Il faut encore citer les lectures que sont :

ITARD (J.). — Mémoire et rapport sur Victor de l'Aveyron (1801 et 1806). In « Les enfants sauvages », L. MALSON, Union génér. d'édit., 1018, 1964, pp. 115-245.

— Les quatre articles suivants réunis dans « childhood psychopathology, an anthology of basic reading. Saul Harrison édit., Intern. Univ. Press., Inc., New York, 1972.

POTTER (H.W.). — Mental retardation in historical perspective, pp. 733-743.

REISSMAN (F.). — The hidden I.Q., pp. 744-755.

SKEELS (H.O.). — Effects of adoption on children from institutions, pp. 756-760.

KANNER (L.). — Parents's feelings about retarded children, pp. 761-773.

AUTRES ORGANISATIONS MENTALES

Nous venons de décrire les principaux troubles de l'organisation de la personnalité chez l'enfant. Bien entendu, nous ne considérons pas que ces diverses formes d'organisation mentale recouvrent toute la psychopathologie infantile ; elles ne représentent selon nous que ce qui a été le plus étudié et apparaît le mieux connu et il ne faudrait surtout pas que le clinicien se sente dans l'obligation de ne se référer qu'aux structures psychopathologiques étudiées précédemment.

Nous avons vu d'ailleurs qu'à l'intérieur même des grandes variétés d'organisation pathologique, on pouvait repérer plusieurs modalités de fonctionnement mental : par exemple, organisation autistique, symbiotique, prépsychotique dans le cadre des structurations psychotiques.

De même, il y a place dans le champ de la psychopathologie pour d'autres formes de structuration (au moins partielle) du fonctionnement mental, moins bien connues pour des raisons diverses. Nous faisons allusion à plusieurs d'entre elles au cours de cet ouvrage, lorsque nous évoquons l'existence de certaines structures mentales archaïques à ne pas confondre avec les organisations psychotiques (dans le chapitre diagnostique des psychoses de l'enfant) ; de certaines structures régressives avec régression permanente au niveau pulsionnel comme au niveau du Moi (après les détresses traumatiques, les maladies somatiques par exemple) ; de possibles mais rares organisations perverses vraies de l'enfance où le déni de la castration féminine retrouvé derrière certaines conduites homosexuelles, fétichistes, de travestissement, apparaît bien comme l'axe réellement organisateur de la sexualité de l'enfant (cf. les comportements sexuels de l'enfant dans le premier volume) ; et enfin d'hypothétiques structures psychosomatiques retrouvées dans l'enfance (cf. le chapitre troubles psychosomatiques).

LES TROUBLES PSYCHOSOMATIQUES

LES TROUBLES PSYCHOSOMATIQUES

Sans aucun doute, l'enfance est l'âge d'or de la psychosomatique et on ne peut que constater, à cette période de la vie, *la très grande fréquence et la diversité de l'expression somatique de la souffrance psychologique*. Anorexies et vomissements, troubles du sommeil, énurésies en encoprésies, maux de ventre, maux de tête, eczémas, asthmes et bien d'autres troubles encore, n'apparaissent-ils pas en effet liés très fréquemment, et au moins en partie, au contexte affectif et relationnel dans lequel ils surviennent ?

Il n'est évidemment pas possible dans ce chapitre d'aborder toutes les questions que soulève une telle interrogation, pas plus que de décrire tous les troubles physiques de l'enfant dans la genèse et l'évolution desquels on peut, le cas échéant, invoquer un facteur d'ordre psychologique, soit prédominant, soit partiel. D'ailleurs, bien des points ont déjà été débattus, de très nombreux troubles déjà décrits dans d'autres chapitres, ceux traitant des troubles à expression somatique dans le premier volume, des troubles névrotiques et de la pathologie du nourrisson dans ce volume, plus particulièrement. Aussi allons-nous essentiellement ici faire quelques remarques générales et décrire des troubles non abordés encore, par exemple les céphalées et l'asthme.

Deux questions méritent d'emblée d'être posées ; elles vont d'ailleurs nous servir de double référence dans les lignes qui suivent.

La première question est celle à laquelle tout le monde pense : chez un enfant qui présente une perturbation somatique, une souffrance corporelle, en quoi est-on fondé à la rapprocher de sa souffrance psychologique ? *En quoi ce trouble physique est-il lié au contexte psychologique dans lequel il survient*, à quelque chose qui se déroule dans l'expérience et le vécu de l'enfant par rapport à son environnement et à son histoire ? Bref, il s'agit là d'établir ce qu'on pourrait appeler, au sens large, le lien psychosomatique.

Mais nous souhaitons plus insister sur la deuxième question, parce qu'elle renvoie à une démarche qui est souvent négligée. En effet, il ne s'agit pas seulement de repérer un éventuel lien psychologique ; il faut aussi se demander quel est le mécanisme de ce lien, c'est-à-dire, *par quel mécanisme psychologique, voire physiopathologique, s'effectue cette transposition d'une souffrance psychologique à une souffrance corporelle*. Ce point n'est pas seulement un point de théorie mais bien un problème pratique dont les implications thérapeutiques sont évidentes.

Il est évident que pour tenter de répondre à ces deux types de questions, un examen approfondi de l'enfant est nécessaire tant du point de vue somatique qu'au plan psychologique.

I — QUEL TYPE DE SOUFFRANCE PSYCHOLOGIQUE EST-ON AMENÉ À RETROUVER ?

En pratique, les situations devant lesquelles on est placé sont très diverses. Pourtant, il est possible de repérer, en schématisant beaucoup, deux types de souffrances, l'une qui est une souffrance par privation, l'autre qui est une souffrance par conflit.

1) Dans le premier cas, on trouve un état d'insatisfaction, de malaise, voire de détresse, lié à *une privation accidentelle ou prolongée* : un deuil, une séparation, un changement dans l'organisation de la vie du nourrisson ou de l'enfant par exemple ; mais il y a bien d'autres manières dont un enfant peut à un moment donné ou de manière prolongée, être privé de sources de plaisir, d'objets de jouissances, d'attitudes nécessaires à son bien-être. Nous abordons là, entre autre, le rôle des carences affectives précoces extra ou intra-familiales et de leurs multiples conséquences physiques (troubles du sommeil, perturbations alimentaires variées, retards psychomoteurs mais aussi staturaux etc.), celui aussi de profondes blessures narcissiques qui peuvent engendrer chez certains enfants des troubles somatiques importants : par exemple, certaines rectocolites ulcéro-hémorragiques.

2) La deuxième forme de souffrance, c'est *la situation de conflit* ; le malaise de l'enfant paraît lié à un conflit aigu et récent ou prolongé, ancien, entre ses propres besoins, ses désirs et ceux de son entourage, de sa mère plus particulièrement s'il est tout petit.

Mais le conflit peut être à l'intérieur du sujet, entre ses propres tendances, par trop opposées en la circonstance ; c'est le cas des souffrances, de l'angoisse qui ne manquent pas de jalonner le développement affectif de l'enfant lorsque ses besoins d'amour et de haine s'affrontent, lorsque ses exigences pulsionnelles se heurtent à l'opposition des instances en cours d'organisation que sont le Moi et le Surmoi.

Bien évidemment, le conflit peut être mixte, à la fois externe et interne. Il est d'ailleurs très important sur le plan de la conduite thérapeutique d'essayer *de faire la part de ce qui est encore réactionnel et de ce qui est intériorisé, à l'origine du symptôme*. Ainsi, par exemple, bien des anorexies de l'enfance, au départ essentiellement réactionnelles à une attitude de contrainte de l'entourage, finissent par s'organiser, se névrotiser, pourrait-on dire, et devenir la marque de difficultés internes du développement. La simple modification de l'attitude de l'entourage vis-à-vis de l'alimentation de l'enfant n'est plus alors suffisante.

II — QUELS TROUBLES SOMATIQUES PEUT-ON VOIR ?

Les manifestations physiques devant lesquelles on peut être amené à envisager chez l'enfant une participation émotionnelle sont en définitive extrêmement diverses, tant dans :

- leurs circonstances d'apparition ; à ce propos, on peut dire qu'il existe des âges où on note plus volontiers un type de troubles : par exemple dans les premiers mois, ce sont plutôt des troubles du sommeil ; dans le deuxième semestre et la deuxième année, des troubles alimentaires (anorexies notamment) ; vers 3-4-5 ans, des douleurs abdominales, puis à partir de 6-7 ans, des céphalées, etc. D'autre part, la signification du trouble dépend bien entendu de l'âge de l'enfant et des circonstances d'apparition : une énurésie secondaire passagère, à 4 ans, lors de la naissance d'un puîné, n'a rien à voir avec une énurésie primaire chez un garçon de 10-12 ans, ayant un état de grande et permanente régression affective ;

- leurs caractéristiques de siège (toutes les grandes fonctions peuvent être touchées) ; ou d'aspect (dramatique dans certains vomissements ou douleurs abdominales, ou au contraire rassurant à tort dans certaines céphalées) ; ou bien encore leur caractère pronostique (très inquiétant par exemple dans certaines recto-colites hémorragiques au contraire tout à fait bénin dans la très grande majorité des anorexies du deuxième semestre) ;

- leur étiopathogénie, c'est-à-dire leurs causes et leurs mécanismes.

A ce point de vue, il nous semble important de dire qu'il peut être dangereux parce que simpliste voire erroné, de se contenter de repérer un lien, par exemple chronologique, entre un trouble physique et l'histoire au sein de laquelle il apparaît et de dire que l'enfant « somatise ». Que d'incertitudes, d'imprécisions, de flou, voire de confusions, véhiculent *cette notion de « somatisation »*, si on

en reste à un usage approximatif du concept, ne tenant pas compte des « somatisations » possibles, de leurs variétés dont dépend en définitive l'attitude thérapeutique. Cela nous amène dans une approche du problème qui a bien sûr ses limites, à distinguer deux champs au sein du domaine psychosomatique : celui des troubles dits fonctionnels et celui des malades psychosomatiques proprement dites.

A) LES TROUBLES DITS « FONCTIONNELS »

L'expression trouble « fonctionnel » désigne une perturbation dans le fonctionnement d'un appareil digestif, respiratoire ou sphinctérien par exemple, ou dans la réalisation d'une fonction, en l'absence d'atteinte organique, lésionnelle.

Notons d'abord la nécessité d'un point de vue diagnostique d'éliminer une affection organique et de mettre en évidence un contexte psychologique suffisamment évocateur avant d'évoquer la nature psychofonctionnelle d'un trouble corporel. Car tous les troubles fonctionnels ne sont pas psychofonctionnels : une anorexie peut être bien sûr due à une erreur diététique, une douleur abdominale à une appendicite, une céphalée à une affection intra-crânienne.

Ceci dit, même *ce champ de la pathologie psychofonctionnelle est parfaitement hétérogène* et recouvre des faits bien différents, que l'on peut schématiser comme suit :

a) *La formulation en termes somatiques d'une souffrance essentiellement psychique* est la première éventualité, très fréquente chez l'enfant. Combien de « J'ai mal à la tête... j'ai mal au ventre... je suis malade... » ne font-ils pas que traduire l'incapacité pour l'enfant d'exprimer par d'autres mots sa déception, sa tristesse, son mécontentement, son angoisse ! Sans doute y a-t-il à cela bien des raisons, les limites dans la verbalisation de l'enfant jeune notamment, mais aussi la pression de l'entourage plus enclin à penser à une maladie physique quand l'enfant « ne va pas bien ».

b) Deuxième éventualité : il s'agit *d'une conduite ou d'une attitude corporelle* concernant ce qui intervient au niveau du corps dans la relation à autrui et va donc se traduire par exemple au niveau de l'alimentation (anorexie, boulimie, polydipsie, etc.) de la discipline sphinctérienne (encoprésie, etc.) ou encore de la motricité et de l'état tonico-postural (certaines hypotonies ou hypertonies).

Un tel comportement renvoie à des mobiles psychologiques variés, plus ou moins volontaires et conscients :

- désirs d'opposition, d'affirmation de soi, dans de nombreuses anorexies de la petite enfance par exemple,
- lutte contre l'anxiété ou la dépression, dans bien des polyphagies notamment ;
- recherche de plaisirs auto-érotiques, dans certains troubles alimentaires par exemple, le mérycisme en particulier.

c) Dans un troisième type de situation, le symptôme semble témoigner d'une conduite relevant de mobiles inconscients : *c'est une conversion hystérique*. L'enfant, pour reprendre une terminologie classique, « mime » les symptômes d'une maladie sans avoir conscience de sa « supercherie ». Il y a là la réalisation déguisée symbolique d'un désir, d'un fantasme dont la référence phallique et oédipienne a été soulignée par S. Freud et qui s'actualise, faute de pouvoir le faire clairement à la conscience du sujet, dans une conduite corporelle souvent « grossière » chez l'enfant : certaines douleurs abdominales ou d'autres localisations, certains déficits moteurs ou sensoriels (cécité ou défaut partiel de la vue par exemple), certaines boîtieries, certains tics, toux, en sont des exemples non rares. On peut même noter la fréquence de mini-conversions dans l'enfance dont on a signalé par ailleurs (dans le chapitre sur l'hystérie) l'aptitude normale à exprimer au niveau du corps les conflits, ce qui pose des problèmes parfois difficiles de délimitation du normal et du pathologique.

d) Il peut encore s'agir de *troubles fonctionnels proprement dits, concernant la vie des organes*, la vie végétative ou les régulations métaboliques, diarrhées, vomissements, douleurs de siège

variable, abdominal par exemple (dans les coliques idiopathiques du premier trimestre), certaines hypoglycémies, syncopes, peuvent ainsi apparaître comme la traduction directe, végétative, de l'état émotionnel.

L'angoisse peut être assez manifeste, comme dans les vomissements liés à une angoisse de la séparation réactivée dans une circonstance telle que le départ à l'école mais elle est souvent plus cachée, voire latente ; certaines céphalées semblent ainsi être contemporaines d'un mécanisme d'inhibition de la pensée, mis en jeu face à des émergences pulsionnelles agressives.

e) Ces distinctions étant précisées, il faut noter que :

- Un même symptôme (vomissement, douleur abdominale, céphalée, par ex.) peut relever de mécanismes différents et selon les cas, représenter l'une ou l'autre des possibilités précédentes. Les **céphalées** sont un bon exemple de cette diversité. Il ne s'agit ici, bien sûr, que des céphalées où une participation psychologique est retrouvée. Notons d'abord que la céphalée est avec la douleur abdominale la douleur la plus souvent inventée par l'enfant. Mais dans bien des cas elle est tout à fait réelle : on a vu qu'elle apparaît vers 7-8 ans, période qui représente un tournant de l'évolution intellectuelle (accession à la pensée logique) et affective (c'est la phase dite de latence). Elle peut se situer dans un contexte de tension généralisée de l'enfant, musculaire en particulier ; on retrouve d'ailleurs (les études électromyographiques l'ont montré) des contractures prolongées des muscles de la tête et du cou, lesquelles seraient alors la cause principale de la douleur. Cette céphalée, souvent rythmée par la scolarité et apaisée par les congés, se voit volontiers dans un climat d'exigences familiales concernant aussi bien la scolarité que les activités dites de loisir ; il existe volontiers alors une inhibition de l'agressivité de l'enfant, laquelle, en définitive, s'exprime alors dans l'activité musculaire.

Dans certains cas, elle réalise une véritable conversion hystérique ; nous avons eu l'occasion de voir une fillette de 9 ans qui avait une céphalée tenace qui est apparue comme le résultat d'une identification hystérique à son père opéré il y a quelques mois d'une tumeur cérébrale.

La céphalée peut encore apparaître dans un contexte d'anxiété manifeste, parfois phobique, ou bien encore au sein d'une inhibition intellectuelle et relationnelle, parfois sévère, associée à des éléments phobo-obsessionnels importants. P. Marty considère que la céphalée (psychogène) est une inhibition douloureuse de l'acte de penser.

Le mal de tête peut être celui d'une migraine, laquelle réalise plutôt une véritable affection psychosomatique et sera étudiée plus loin.

- Un même symptôme peut relever de plusieurs mécanismes intriqués ou opérant à des moments différents de sa réalisation ; le spasme du sanglot où l'aspect de comportement actif (l'enfant semble bien être à un moment actif dans le déclenchement du trouble) paraît associé à celui de réaction physiologique à l'émotion, nous paraît être un bon exemple d'une telle intrication.

B) LES MALADIES DITES PSYCHOSOMATIQUES

Ces maladies psychosomatiques ou mieux à participation psychosomatique (c'est le cas de nombreux asthmes, d'eczémas, de certaines pelades, de migraines, de colites ulcéreuses, d'ulcères gastro-duodénaux, d'hyperthyroïdies, etc.) posent des problèmes bien différents selon nous.

1) Généralités

D'un point de vue clinique d'abord, il n'y a plus les problèmes de tout à l'heure. Une fois l'affection diagnostiquée, il s'agit ici d'une authentique affection « organique » comportant une atteinte lésionnelle ou un ensemble de manifestations cliniques et biologiques bien précises et qui, en tant que telle, doit toujours être traitée médicalement (voire chirurgicalement), le problème d'un point de vue psychosomatique est celui de *l'évaluation de la part des facteurs émotionnels dans la genèse de l'affec-*

tion. Il faut bien dire que cette évaluation, laquelle peut déboucher sur une action psychologique associée, à une relaxation, n'est pas toujours faite en pratique médicale, tant s'en faut et pour bien des raisons :

— d'abord, elle n'est pas toujours facile à faire dans la pratique ; démêler les réactions psychologiques secondaires de ce qui préexistait à l'affection est parfois très difficile sinon impossible, — mais c'est beaucoup plus pour des raisons théoriques, voire idéologiques, qu'elle est scotomisée : une maladie « organique » ne peut pas être conçue alors comme (en partie bien sûr) liée au contexte affectif dans lequel elle survient. N'y a-t-il pas là le recours à un système de causalité simpliste excluant *l'obligatoire pluridéterminisme qui préside à l'apparition de tout phénomène morbide* et qui fait que dans certains cas les facteurs psychologiques viennent renforcer la prédisposition génétique ou l'action de l'agent toxique ou infectieux ? N'y a-t-il pas là aussi la marque *d'une certaine confusion entre le niveau étiologique, celui des facteurs en cause, et le niveau pathogénique, celui des mécanismes physiopathologiques* ; par exemple, préciser le mécanisme allergique humoral type I ou III d'un asthme ou le mécanisme allergique type IV d'un eczéma ne résout pas pour autant le problème de leur étiologie et celui de l'intrication possible de l'hérédité, de l'allergène ou de l'infection et d'une certaine souffrance psychologique.

Du point de vue physiopathologique précisément, il est important de noter le fait que nous sommes avec ces maladies à participation psychosomatique dans le domaine de néo-processus, neuro-endocriniens ou immunologiques notamment, qui n'apparaissent en rien comme le simple prolongement pathologique de réactions neuro-végétatives physiologiques au départ comme c'est le cas dans les troubles fonctionnels viscéraux.

2) Les principales affections psychosomatiques de l'enfant

a) **L'asthme** représente certainement l'affection de l'enfance qui a été le plus étudiée sous l'angle psychosomatique, tout au moins, l'asthme du grand enfant que nous envisageons d'abord ; rappelons qu'il est presque toujours allergique.

On est frappé d'abord par l'évidence des circonstances psychologiques à l'origine des crises et de leur rôle en tant que facteur d'aggravation : événement traumatique, situations conflictuelles. Nombre d'asthmatiques ne font plus de crises hors du milieu familial. Les études psychologiques ont essayé de cerner précisément les caractéristiques de l'enfant asthmatique et de son milieu ; elles soulignent les attitudes complémentaires, d'une part de dépendance de l'enfant, d'autre part de surprotection de la mère qui le maintient sous sa coupe. Bien entendu, on ne peut perdre de vue que l'asthme est une maladie impressionnante et éprouvante avec des effets de réverbération importante dans toute la famille. Malgré cela, il apparaît bien que l'ambiance de l'enfant asthmatique est souvent particulière, fermée sur elle-même, d'accès difficile et que les essais d'abord psychologique sont ainsi rendus difficiles. Des réserves sont à faire quant aux schémas psychologiques classiques de l'enfant asthmatique, émotif, anxieux, phobique ; comme de sa mère, elle aussi anxieuse, soucieuse de sa propre personne, pas très chaleureuse, voire frustrante. La réalité clinique est en fait très diversifiée.

Par contre, et nous suivons là les vues de L. Kreisler, beaucoup d'enfants asthmatiques se présentent avec des traits qui rappellent la description de la relation d'objet allergique, faite par P. Marty chez l'adulte : la familiarité, l'extrême proximité, la recherche immédiate d'un contact avec autrui, la facilité de substituer un partenaire à un autre avec une grande rapidité, la négation de toute distance. Tous leurs camarades sont des copains ; ils sont dociles, évitent les conflits, faciles, sauf avant la crise où ils deviennent irritables, mais pas obligatoirement anxieux, au point de se demander si l'angoisse du souffle attribuée au jeune asthmatique, comme le fait encore remarquer L. Kreisler, n'est pas une pure projection de l'adulte angoissé devant l'enfant qui suffoque. Dans une perspective psychodynamique, si l'on revient à l'organisation de leur relation d'objet, tout paraît se passer chez bon nombre de ces enfants comme s'ils cherchaient à tout prix, à un certain niveau, à méconnaître l'insécurité et les frustrations ressenties dans la relation à la mère.

Dans les asthmes précoces du nourrisson, beaucoup d'auteurs considèrent cependant qu'il ne s'agit pas véritablement d'asthme mais de bronchites asthmatiformes fébriles, il semble qu'on puisse voir (L. Kreisler, M. Soule, M. Fain) précisément se constituer sous ses yeux l'attitude dont nous venons de parler : le nourrisson asthmatique s'accroche à quiconque dans une relation d'objet instantanée et mobile, sans les manifestations normales d'angoisse devant l'étranger. Le maintien dans l'état du jeune bébé à la phase où il sourit à n'importe qui, sans discrimination de la personne, pourrait être le fait de situations diverses, par exemple des conditions anormales du partage de la garde qui empêcherait l'attachement duel, ou encore une attitude de la mère qui bloquerait l'évolution vers l'individuation.

b) Nous avons déjà évoqué la **recto-colite hémorragique** ; les observateurs sont frappés par la clarté des événements psychologiques à l'origine des poussées de la maladie : très souvent, il s'agit de la perte réelle ou fantasmatique de la mère ; la personnalité de ces enfants se caractérise par l'inhibition, la passivité, la tendance dépressive, l'incapacité d'exprimer l'agressivité, la grande fragilité narcissique.

c) Certaines affections dermatologiques sont à citer. Rappelons qu'on a pu dire que la peau est le miroir fidèle des influences psychiques, influences d'ailleurs tout à fait objectivables par les altérations de la conductivité électrique que les émotions entraînent : c'est le phénomène psychogalvanique. Certains **eczémas** précoces qui sont parfois relayés par un asthme, certaines **pelades** paraissent souvent relever d'une participation psychosomatique. Notons ainsi la part du psychisme dans l'éclosion et la disparition des verrues.

d) Dans la **tétanie** idiopathique, il est banal de souligner l'intervention de facteurs psychiques dans le déclenchement des crises (contractures musculaires des extrémités par exemple) et la fréquence des traits hystériques de personnalité des sujets.

e) La **migraine** entraîne des céphalées paroxystiques très gênantes ; elle éclate en crises violentes à début et terminaison brusques, souvent avec des troubles oculaires, des nausées, des vomissements, des douleurs abdominales. Souvent rangée dans le cadre de l'allergie en raison de son caractère familial et de la coexistence de manifestations apparentées, la migraine semble survenir volontiers chez un sujet qui est, selon L. Kreisler, nullement inhibé, exerçant au contraire son intellect avec aisance, réussit souvent brillamment dans des études surinvesties mais effectuées dans la méthode et le scrupule, sans évasion dans l'imaginaire et la fantaisie.

f) Il faudrait encore citer d'autres maladies : certaines hyperthyroïdies, ulcères gastro-duodénaux, etc.

III - ASPECTS THEORIQUES : LE PROBLEME DU LANGAGE DU CORPS

Si nous avons autant insisté sur le polymorphisme des expressions psychosomatiques et sur la diversité de leurs mécanismes, c'est pour tenter d'approfondir le plus possible le problème du langage du corps dans sa double fonction d'expression symbolique et de communication, et donc de mieux cerner ce que peut signifier symboliquement tel ou tel trouble somatique.

N'est-ce pas le fond même de la démarche thérapeutique que d'essayer précisément, face à une conduite ou à une attitude corporelle (alimentaire, sphinctérienne, motrice, etc.) et bien sûr à une conversion hystérique, de dégager le sens caché, le contenu sous-jacent qu'elles ont pour cet enfant, et aussi ce qu'elles représentent par ailleurs pour son entourage ?

Mais peut-on parler d'expression corporelle symbolique dans son sens strict, en cas de maladie psychosomatique proprement dite, en invoquant alors un mécanisme très large de conversion expliquant le choix de l'organe et du symptôme somatique en fonction du contenu psychologique sous-jacent, ce qui amène à considérer par exemple, et c'est très critiquable du point de vue de la physiologie et de la physiopathologie, le bronchospasme dans l'asthme comme un modèle gelé du cri

(J. Bostock), l'eczéma comme un bouclier de protection contre la mauvaise mère (J.M. Rosenthal), l'hémorragie intestinale de la colite ulcéreuse comme l'équivalent de pleurs ? Ou bien faut-il voir à l'inverse dans ces maladies physiques le résultat d'une défaillance provisoire ou prolongée dans la mise en place ou le fonctionnement de certains processus de mentalisation et de symbolisation des conflits psychiques, comme le suggèrent chez l'enfant L. Kreisler, M. Soule et M. Fain, à la suite des travaux psychanalytiques de P. Marty, M. de M'Uzan, Ch. David chez l'adulte. Faut-il rappeler la phrase de M. de M'Uzan : « le propre du trouble psychosomatique est d'être bête » ; ce qui est une manière de rappeler, non pas que le corps ne peut exprimer la souffrance mentale bien au contraire, mais qu'il existe un corps avec sa réalité neuro-biologique, ses lois de fonctionnement propres qui ne sont pas que le reflet de motivations inconscientes de l'enfant ou de sa mère. D'ailleurs, n'est-ce pas dans ce sens soit d'une submersion des possibilités d'intégration mentale (coliques idiopathiques du premier trimestre, spasmes du sanglot, etc.), soit d'une défaillance des mécanismes aptes à assurer l'élaboration mentale des conflits (asthmes, certaines céphalées) qu'on peut interpréter bien des troubles que nous avons envisagés ?

BIBLIOGRAPHIE

Les trois références générales suivantes comportent elles-mêmes une bibliographie importante.

AJURIAGUERRA (J. de). — Les maladies psychosomatiques. In *Manuel de psychiatrie de l'enfant*, Masson, Paris, 1974, 2^e Edit., pp. 817-856.

KREISLER (L.). — *L'enfant psychosomatique*. PUF., collect. « Que sais-je », Paris, 1976, 126 p.

SICHEL (J.P.). — *L'enfant psychosomatique*. *Encycl. Méd. Chir., Psychiatrie*, T. II, 37 404 à 10, pp. 1-6.

On peut encore citer :

Le numéro 3-4 de la *Revue de Neuro-Psychiatrie Infantile*, Tome 25, 1977, dont le thème est la Psychosomatique de l'enfant, avec des articles de Ph. Mazet, P. Tridon, J.P. Sichel et P. Moron.

**LES TROUBLES
PSYCHOPATHOLOGIQUES
LIES A UNE ATTEINTE
SOMATIQUE**

LES TROUBLES PSYCHIQUES LIES A UNE ATTEINTE CEREBRALE

Les lésions du cerveau sont, bien entendu, susceptibles d'entraîner des troubles psychiques, mais les relations entre l'atteinte cérébrale et les perturbations psychiques ne sont pas simples. Il n'est pas possible, par exemple, d'attribuer à chaque type de lésion ou à chaque localisation un syndrome psychiatrique caractéristique. Il faut tenir compte des désordres qui sont directement sous la dépendance de l'atteinte cérébrale, il faut aussi prendre en considération la valeur symbolique de l'atteinte cérébrale pour l'enfant, le vécu angoissant ou dévalorisant lié à cette atteinte, les réactions des parents, la blessure narcissique qui en résulte chez l'enfant et chez les parents, les fantasmes réactivés ou organisés par l'atteinte cérébrale et le mode de relation qu'ils établissent entre l'enfant et les parents.

On peut distinguer trois niveaux d'organisation des troubles :

- 1) les conséquences directes de l'atteinte cérébrale,
- 2) le vécu des troubles par l'enfant,
- 3) la façon dont les parents et l'entourage plus éloigné vivent le handicap de l'enfant.

Certes, dans des cas extrêmes, l'un ou l'autre aspect est éclipsé par la prévalence d'un des niveaux d'organisation. Dans le cas d'atteinte cérébrale très grave, responsable d'une évolution démentielle inéluctable, c'est le plan des conséquences directes de l'atteinte cérébrale qui prévaut. A l'inverse, certaines atteintes cérébrales minimales seront surtout l'occasion d'une restructuration des relations parents enfants dont les conséquences pathologiques seront prévalentes. Dans la plupart des cas cependant, les trois niveaux que nous avons décrits jouent un rôle difficile à isoler. Le plus souvent, privilégier un des plans d'organisation conduit à une interprétation erronée et à des conduites thérapeutiques partielles et inadéquates :

— considérer l'atteinte organique comme directement et uniquement responsable de tous les symptômes est une attitude que l'on peut qualifier « d'organiciste », position qui est infirmée par de nombreuses observations et par les statistiques (M. Rutter et coll.) qui montrent que les troubles de l'enfant sont d'autant plus graves que le milieu familial est plus défavorisé et que l'enfant souffre de troubles émotionnels ;

— y ajouter un aspect réactionnel, c'est-à-dire prendre en considération les réactions de l'enfant à son handicap est nécessaire mais insuffisant car c'est un point de vue qui méconnaît l'interaction de l'enfant avec son milieu, le fait que l'enfant construit sa personnalité dans une relation affective et imaginaire avec son entourage, qu'il se voit dans le regard des autres ;

— ne considérer que le niveau d'organisation fantasmatique des relations entre l'enfant et ses parents conduit à une psychogénèse désincarnée qui méconnaît la réalité de l'atteinte organique.

On peut utilement reprendre les concepts de la théorie de la communication pour décrire les impasses thérapeutiques où mènent des théories pathogéniques partielles (H. Beauchesne). Il s'éta-

blit en effet une communication paradoxale entre l'examineur, l'enfant et ses parents, si l'examineur n'accepte de voir qu'un aspect des choses : s'il prend une position strictement organiciste, il « disqualifie » le vécu psychique ; s'il prend une position purement psychogénétique, il « disqualifie » le vécu corporel.

I - LA REACTION DE L'ENFANT A L'ATTEINTE CEREBRALE

Trois facteurs peuvent entraîner une réaction psychopathologique de la part de l'enfant :

- l'existence d'un handicap,
- le fait que ce handicap touche « la tête »,
- le vécu des troubles directement dus à l'atteinte cérébrale.

1) *L'existence d'un handicap* est en elle-même une atteinte narcissique qui nécessite des aménagements compensateurs. Certains enfants vont se sentir dévalorisés, vont douter d'eux-mêmes, se sentir beaucoup plus invalides qu'ils ne sont en réalité. D'autres peuvent réagir par une surcompensation, c'est-à-dire une tentative de briller là justement où ils sont handicapés.

S. Freud a décrit ce qu'il a appelé « les exceptions », qui sont des gens « qui s'autorisent d'une souffrance qui les a atteints dans leur première enfance et dont ils se sentent innocents, pour refuser la frustration, l'effort et la loi ». « Elles disent qu'elles ont suffisamment souffert et éprouvé de privations pour avoir le droit d'être dispensées de nouvelles exigences, qu'elles ne veulent plus se soumettre à aucune nécessité déplaisante car elles sont des « exceptions » et comptent bien le demeurer ». (In « Quelques caractères dégagés par la psychanalyse »).

2) Le fait que *le handicap touche la tête*, partie du corps hautement symbolique et particulièrement investie sur le plan narcissique, peut avoir des conséquences importantes. Cela est vrai surtout chez les enfants qui ont spécialement investi les activités intellectuelles et dont l'organisation narcissique est fragile. L'atteinte de l'organe support de la pensée peut alors provoquer une grave blessure narcissique et une profonde dévalorisation.

3) Le vécu des troubles directement dus à l'atteinte cérébrale peut entraîner, soit une crainte de l'échec et une attitude anxieuse devant tout apprentissage s'il y a une atteinte intellectuelle, soit des dysharmonies de développement en cas d'atteinte praxio-gnosique ou du langage, soit des sentiments de culpabilité dus au mauvais contrôle émotionnel et aux réactions caractérielles.

II - LA REACTION DE L'ENTOURAGE

L'enfant, nous dit D.W. Winnicott, a besoin d'être aimé sans condition préalable : il y a là pour l'enfant handicapé un certain paradoxe. Il ne peut manquer par son handicap même de blesser le narcissisme de ses parents, de les décevoir par rapport à l'image de l'enfant qu'ils souhaitaient et en même temps, il a besoin qu'on ne lui en tienne pas rigueur sans pour autant qu'on méconnaisse son handicap.

Lui en tenir rigueur conduit à adopter une attitude agressive, rejetante, plus ou moins ouvertement hostile et intolérante qui bien entendu lui est préjudiciable.

Méconnaître son handicap, c'est une autre façon de ne pas l'aimer tel qu'il est, de le priver de ses possibilités de réparation et de le maintenir dans une relation symbiotique idéalisée qui peut, à l'extrême, être psychotisante.

Winnicott fait remarquer que pour l'enfant ce qui est normal, c'est ce qui est. Il lui est donc possible de développer une personnalité saine, un vrai « self », dans un corps difforme pourvu que l'entourage et surtout la mère aient pu lui renvoyer de lui une image saine : « De la sorte un nourris-

son qui a souffert d'une difformité, dit Winnicott, peut devenir un enfant sain avec un self qui n'est pas déformé et le sentiment qu'il en a est basé sur le vécu en temps que personne acceptée. Les distorsions du moi peuvent provenir des distorsions de l'attitude de ceux qui prennent soin de l'enfant. Une mère avec son bébé présente sans cesse l'un à l'autre le corps de l'enfant et sa psyché et on voit facilement que cette tâche, aisée mais importante, devient malaisée si le petit enfant a une anomalie dont la mère est honteuse, dont elle se sent coupable, qui l'effraie, l'impatiente ou la désespère ».

Pour que la mère puisse éviter ces réactions pathogènes, il faut qu'elle fasse un certain travail psychique, proche du travail de deuil qui l'amène à accepter son enfant tel qu'il est et à l'aimer ainsi. Le rôle du psychiatre d'enfant se situe souvent là pour aider la mère à accomplir ce travail. Il nous semble nécessaire de dénoncer l'attitude qui consiste à méconnaître les inévitables remaniements libidinaux narcissiques et fantasmatiques qu'entraîne pour une mère et aussi pour un père le fait d'avoir un enfant handicapé et à situer dans un inconscient maternel intemporel les fantasmes projetés sur l'enfant. Cela conduit à des comportements agressifs, inquisiteurs et culpabilisants à l'égard des mères, qui n'ont aucune valeur thérapeutique. Il ne s'agit ni d'innocenter ni d'accuser les parents, mais de les aider à faire le travail d'élaboration nécessaire pour qu'ils puissent « aimer l'enfant sans condition préalable ».

III - LES GRANDS SYNDROMES

A) TROUBLES AIGUS

Ils sont la conséquence d'une atteinte massive de l'encéphale et se traduisent quelle qu'en soit l'origine (inflammatoire ou infectieuse, traumatique, toxique, tumorale) par un syndrome confusionnel.

Ce syndrome comprend des perturbations de la conscience plus ou moins graves, d'une simple obnubilation au coma. Il s'y associe une désorientation dans le temps et dans l'espace, parfois de l'onirisme (visions et scènes animées telles qu'en réalise le rêve), des phénomènes affectifs : agitation anxieuse ou apathie, voire stupeur.

Cette phase aigue des troubles est le plus souvent amnésique.

Le syndrome confusionnel peut évoluer soit vers la résolution, soit laisser la place à un état démentiel, ou bien à un syndrome psycho-organique.

B) TROUBLES CHRONIQUES

1) Démences et déficits secondaires

(Nous n'étudierons pas ici les atteintes cérébrales congénitales, qui sont traitées dans un autre chapitre).

Les lésions cérébrales massives et globales, quelle qu'en soit l'origine, peuvent être responsables de tableaux gravement et définitivement déficitaires.

On est convenu de ne parler de démence que si l'atteinte cérébrale touche un enfant de plus de 3 ans. Lorsque l'enfant a moins de 3 ans on parle plutôt d'une arriération secondaire (G. Heuyer, R.J. Corboz, J. de Ajuriaguerra). Pour parler de démence, il faut en effet constater une détérioration mentale donc une perte globale des acquisitions intellectuelles, ce qui est difficile à affirmer chez un très jeune enfant qui n'avait pas encore eu le temps de développer ses facultés cognitives.

La plupart des démences infantiles ont une origine évidente : traumatique, dégénérative, toxique, infectieuse. Cependant certains auteurs ont isolé des tableaux de démence sans étiologie repérable ni atteinte neurologique évidente.

Le plus connu de ces syndromes est la démence décrite par Th. Heller, en 1909. Il associe : une déchéance mentale progressive apparaissant chez des enfants de 3 à 4 ans, une perte rapide du langage, des états d'agitation transitoires, une absence de symptôme neurologique, une conservation d'un visage expressif et d'un air intelligent. Ce tableau est aujourd'hui très discuté, beaucoup d'auteurs pendant qu'il correspond à des affections diverses et inconnues à l'époque où Heller décrivait sa démence. Il s'agirait tantôt d'une véritable démence liée à une maladie dégénérative, tantôt d'une psychose infantile (J. de Ajuriaguerra).

2) Syndrome psycho-organique

Dans les trente dernières années de très nombreux travaux ont cherché à isoler un syndrome psychiatrique spécifique des atteintes cérébrales qui n'entraînent pas une évolution démentielle. Si tout le monde s'accorde sur la fréquence nettement plus élevée des troubles psychiques chez l'enfant souffrant d'une atteinte cérébrale, les auteurs ne sont pas tous d'accord sur l'existence d'un syndrome spécifique.

Ph. Graham, B. Chir et M. Rutter ne trouvent pas de syndrome spécifique des atteintes cérébrales dans une étude portant sur 11 865 enfants d'une population scolaire ; par contre la fréquence des troubles psychiques est très significativement élevée chez les enfants ayant une atteinte cérébrale :

- 6,8 % de troubles psychiatriques dans l'échantillon global,
- 11,5 % chez les enfants ayant une atteinte physique non cérébrale,
- 34,4 % chez les enfants ayant une atteinte cérébrale.

De leur étude, ces auteurs concluent à la responsabilité de l'atteinte cérébrale dans la survenue des désordres psychiatriques mais à l'absence de syndrome spécifique. Ils retiennent comme facteurs étiologiques possibles :

- l'existence d'un handicap physique visible (cas des I.M.C. par exemple),
- les restrictions des activités physiques,
- les réactions parentales inadéquates,
- les anomalies perceptives et sensorielles,
- les anomalies du langage,
- l'abaissement du Q.I.,
- l'effet des médicaments prescrits,
- les préjudices sociaux liés au handicap (interdiction des sports, par exemple),
- la réaction de l'enfant à son handicap,
- la perte du contrôle émotionnel, liée à un dysfonctionnement cérébral.

Beaucoup d'autres auteurs par contre décrivent un syndrome spécifique sous le nom de *syndrome psycho-organique*.

En 1921, Hohman, Kennedy, Ebaugh et Strecker décrivent un « syndrome hyperkinétique », qu'ils attribuent aux séquelles de traumatismes crâniens ou d'encéphalopathies. En 1947, Strauss et Lehtinen décrivent ce qu'ils appellent « minimal brain injury » (lésion cérébrale à minima). Cette notion a provoqué beaucoup de discussions et de fortes réticences. N'y a-t-il pas un paradoxe à parler de lésions cérébrales que l'on est incapable d'objectiver ? Les quelques anomalies EEG ou les discrets symptômes neurologiques (hyperréflexie ostéo-tendineuse, mauvaise coordination, etc.) autorisent-ils à parler de lésion ? N'y a-t-il pas un grand risque d'inclure sous cette rubrique des troubles purement fonctionnels ? Ces questions sont d'autant plus importantes que cette notion de lésion cérébrale à minima a été étendue abusivement à des états dans lesquels aucune atteinte cérébrale précise ne pouvait être soupçonnée.

En 1962, un groupe d'étude international réuni à Oxford a donc remplacé l'expression « *minimal brain injury* » (lésion cérébrale à minima) par « *minimal brain dysfunction* ou M.B.D. » (dysfonctionnement cérébral à minima). Malgré ce changement de vocable, la position reste proche : on attribue sans preuve à une atteinte cérébrale des troubles dont on ignore l'origine.

Etude clinique : ce syndrome comporte :

- *L'hyperkinésie*, qui est un symptôme majeur. L. Eisenberg la définit « une activité motrice excessive par rapport à la normale, étant donné l'âge et le sexe de l'enfant ». Elle associe une augmentation globale des mouvements qui est d'ailleurs difficile à objectiver et une instabilité psychomotrice. L'enfant paraît sans cesse en mouvement, dans une activité mal coordonnée et apparemment inutile. Ses mouvements sont souvent impulsifs.

Rappelons cependant que beaucoup d'instabilités psychomotrices ne sont pas liées à un syndrome psycho-organique et que l'interprétation de l'instabilité comme symptôme organique sous le nom de « syndrome hyperkinétique » est abusive.

- *Des troubles de l'attention* : l'attention est labile, les possibilités de concentration limitées ;
- *Des troubles affectifs et émotionnels* : labilité émotionnelle, variabilité de l'humeur, fréquentes colères, intolérance aux frustrations ;
- L'examen neurologique est souvent normal parfois, il montre des signes discrets et d'interprétation difficile : hyperréflexie ostéo-tendineuse, mauvaise coordination, tremblement choréo-athétosiforme ;
- L'E.E.G. est le plus souvent normal. Parfois (30 % des tracés quand il n'y a pas d'antécédents convulsifs d'après Klinkerfuss et coll. cités par N. Dopchie) on trouve des anomalies dont la plus fréquente est une surcharge en éléments lents ;
- Les tests psychologiques montrent :
 - Sur le plan cognitif, une distribution normale des Q.I., mais une fréquente discordance entre Q.I. verbal et Q.I. performance au détriment du Q.I. performance,
 - Des perturbations perceptivo-motrices, notamment une mauvaise reconnaissance et une mauvaise reproduction des formes (test de Bender, cubes de Kohs, figures complexes de Rey),
- Le test de Rorschach peut montrer le syndrome décrit par Bohm dans les atteintes cérébrales : lenteur, petit nombre de réponses, temps de réaction prolongé, faible fréquence des réponses banales, persévération.

Les difficultés d'apprentissage scolaire, signalées par la plupart des auteurs, semblent être la conséquence des autres troubles, notamment de la labilité de l'attention et des troubles perceptivo-moteurs. Elles sont surtout marquées pour la lecture et l'écriture. Elles sont caractérisées par une grande variabilité des résultats qui est souvent interprétée comme un signe de paresse ou de mauvaise volonté.

L'évolution de ce syndrome se fait le plus souvent vers une résolution, au moment de la puberté, ou de l'adolescence, tout au moins en ce qui concerne l'hyperkinésie et les troubles perceptivo-moteurs. L'évolution des troubles affectifs et émotionnels est moins claire.

La pathogénie du syndrome psycho-organique reste hypothétique.

En 1937, Bradley a mis en évidence l'action thérapeutique favorable des amphétamines, action dite paradoxale car les amphétamines sont des psychostimulants. A l'inverse, les barbituriques ont une action aggravante.

Remarquons enfin que si les atteintes massives de telle ou telle fonction supérieure (aphasie, agnosie, apraxie) sont plus rares que chez l'adulte et semblent nécessiter la bilatéralisation des lésions, il est vraisemblable qu'on connaît encore mal ces atteintes neuropsychologiques (du langage, de

la reconnaissance des formes, de la réalisation gestuelle) liées à des atteintes cérébrales chez l'enfant. Les études récentes tendent à insister sur les perturbations neuro-psychologiques qu'elles peuvent entraîner et qui sont souvent méconnues.

3) **Les séquelles des traumatismes crâniens**

Les séquelles psychopathologiques des traumatismes crâniens méritent d'être traitées à part pour plusieurs raisons :

- La fréquence des traumatismes crâniens est grande dans l'enfance. Elle est maximale entre 5 et 10 ans. Il y a trois à quatre fois plus de traumatismes crâniens chez les garçons que chez les filles ;
- La différence du tableau réalisé chez l'enfant par rapport à ce qui est observé chez l'adulte est nette ;
- L'importance des séquelles intellectuelles et scolaires est souvent grande et encore trop méconnue.

Nous n'étudierons pas ici les séquelles neurologiques ni l'épilepsie post-traumatique.

1) *Le syndrome subjectif postcommotionnel* existe-t-il chez l'enfant ?

Rappelons qu'il a été décrit chez l'adulte en 1916 par Pierre Marie. Il comporte les symptômes suivants : céphalées, vertiges ou sensations vertigineuses, troubles de la mémoire, notamment de la mémoire de fixation, fatigabilité, troubles de l'humeur et du caractère, irritabilité, intolérance au bruit.

L'existence de ce syndrome est discutée chez l'enfant. Certains auteurs en nient l'existence, d'autres admettent qu'il existe mais qu'il est beaucoup moins fréquent et beaucoup plus dissocié que chez l'adulte (Seligmann). La céphalée en est souvent le seul élément et il faut savoir la rechercher car l'enfant s'en plaint plus rarement que l'adulte (Clément cité par Seligmann).

Le syndrome subjectif postcommotionnel semble d'autant plus fréquent et complet que l'enfant est plus grand. Chez l'adolescent, il se rapproche de ce qui est observé chez l'adulte.

L'évolution de ce syndrome est le plus souvent favorable ; il disparaît en général en un à trois ans.

2) *Autres séquelles psychopathologiques*

Elles peuvent être intellectuelles et scolaires ou caractérielles et affectives.

● *Séquelles intellectuelles* : l'abaissement global du Q.I. n'est pas rare, quoique souvent difficile à affirmer, faute d'évaluation antérieure au traumatisme. Boldt (cité par Berg) ne trouve que 1,5 % de débilité d'origine traumatique. Cependant Luxey trouve dans un groupe de 29 enfants traumatisés du crâne 7 enfants dont le Q.I. est inférieur à 70. Cet auteur met en corrélation l'abaissement du Q.I. avec la gravité du traumatisme. Les réponses sont variables d'un test à l'autre et suivant les différents subtests d'un même test. Il y a souvent une discordance au WISC entre Q.I. verbal et Q.I. performance mais pas toujours dans le sens d'une supériorité du Q.I. verbal, comme cela est décrit dans les atteintes cérébrales.

Les anomalies qualitatives sont fréquentes : labilité de l'attention, difficulté à s'adapter à une tâche nouvelle, persévération, lenteur d'idéation, défaut d'abstraction.

Les troubles de la mémoire ne sont pas rares et portent sur la mémoire de fixation.

Les troubles perceptivo-moteurs s'observent assez fréquemment : troubles de la reconnaissance et de la production des formes que l'enfant fait sans méthode, de façon anarchique.

Il est probable que les éventuelles altérations des fonctions supérieures (du langage, de la reconnaissance des formes, de la mémoire) secondaires au traumatisme, considérées d'ailleurs comme de bon pronostic, sont souvent méconnues dans les suites du traumatisme, alors qu'elles peuvent bénéficier de rééducations spécifiques.

Les difficultés scolaires sont beaucoup plus importantes que ne le laisserait penser l'étude des troubles intellectuels. Les troubles affectifs et caractériels que nous allons décrire aggravent la désadaptation scolaire. Parfois, l'absentéisme du aux suites immédiates de l'accident joue un rôle notable. La période de récupération après un traumatisme crânien est souvent longue et cela est méconnu par les adultes qui ont tendance à exiger trop de l'enfant, ce qui provoque chez lui des réactions négatives à l'égard de l'école. Les résultats scolaires sont souvent variables d'un jour à l'autre ce qui est mal compris et mal interprété par les enseignants et les parents. Il n'est pas exagéré de dire que les échecs scolaires sont une des principales séquelles des traumatismes crâniens de l'enfant.

● Les séquelles affectives et caractérielles : ce sont souvent les mêmes que celles décrites dans le syndrome psycho-organique, hyperkinésie, troubles de l'humeur, mauvais contrôle-émotionnel, intolérance aux frustrations.

On observe en outre :

— des régressions affectives, recherche de la protection maternelle, dépendance excessive, énurésie,

— plus rarement des comportements antisociaux : tendance au vol, au mensonge, au vagabondage, conduite sexuelle déviante. Ces comportements donnent parfois l'impression d'automatismes et semblent en contradiction avec la personnalité antérieure de l'enfant (C. Koupernik) ;

— de l'anxiété, qui peut prendre deux aspects : réactionnelle au handicap (peur de l'échec) ou à l'attitude de l'entourage ; névrotique, s'inscrivant dans un tableau de névrose traumatique avec phobie de la situation ayant provoqué l'accident, cauchemars répétitifs.

4) Troubles psychopathologiques des infirmités motrices cérébrales

L'infirmité motrice cérébrale (I.M.C.) est une atteinte motrice non évolutive due à une lésion des centres cérébraux par atteinte prénatale, néonatale ou de la toute petite enfance (jusqu'à 2 ans).

Les troubles observés sont des paralysies ou des parésies — des spasticités — des troubles du tonus : hypo ou hypertonie — de l'athétose (mouvements involontaires dus à de brusques décharges motrices incoordonnées) — de l'ataxie (perte de la coordination due à des troubles cénesthésiques ou de l'équilibre).

La répartition des troubles est variable : monoplégique (atteinte d'un seul membre) — hémiplégique (atteinte d'une moitié du corps) — paraplégique (atteinte des 2 membres inférieurs, l'atteinte paraplégique spastique réalise le syndrome de Little) — tétraplégique (atteinte des 4 membres).

Les causes des I.M.C. sont : une souffrance néonatale (chez 56 % des I.M.C. nés à terme) — la prématurité (environ 30 % des I.M.C.) — plus rarement un ictère néonatal responsable d'un ictère nucléaire (fixation de la bilirubine sur les noyaux gris de la base du crâne).

Les I.M.C. méritent une place dans ce chapitre car l'atteinte motrice n'est pratiquement jamais isolée. Les troubles associés peuvent être intellectuels, sensoriels, practognosiques, affectifs et caractériels.

1) Troubles intellectuels

Moins de la moitié des I.M.C. ont un Q.I. normal ou supérieur. D'après Nelson (cité par Manciaux) la répartition des niveaux intellectuels se fait de la manière suivante :

- Q.I. normaux ou supérieurs : 47 %
- débilité légère : 17 %
- débilité moyenne : 16 %
- débilité profonde : 20 %

Certains auteurs réservent le nom d'I.M.C. aux enfants dont le Q.I. est égal ou supérieur à 70 (Tardieu, Tabary). Au-dessous de ce niveau, la rééducation devient très difficile sinon impossible.

2) *Troubles sensoriels*

Ils sont fréquents. D'après F. Robaye il y a 25 % de troubles visuels et 20 % de troubles auditifs. Tardieu insiste sur les pertes auditives touchant les fréquences élevées qui sont facilement méconues et qui gênent la perception de certains phonèmes.

3) *Troubles des fonctions supérieures*

Ils portent notamment sur le langage mais aussi sur le schéma corporel, l'orientation temporo-spatiale.

4) *Troubles affectifs et caractériels*

Il peut s'agir d'un syndrome psycho-organique ou d'une réaction affective de l'enfant à son handicap. F. Robaye insiste sur une rupture entre l'enfant I.M.C. qui est docile gentil et paraît peu conscient de son handicap et l'adolescent I.M.C. qui semble en avoir une conscience exacerbée et qui souvent se révolte.

Il est évident que ces troubles associés compliquent la rééducation des I.M.C. Leur détection et leur traitement sont importants. Nous ne pouvons que redire ici qu'il ne faut pas considérer seulement le handicap mais aussi toute la personnalité de l'enfant et la réaction de l'entourage familial.

BIBLIOGRAPHIE

- AJURIAGUERRA (J. de). — Désordres psychiques par atteintes cérébrales connues au cours de l'enfance. In *Manuel de Psychiatrie de l'enfant*, Masson, Paris, 1973, pp. 601-645.
- BOUQUEREL (G.). — A propos de la dysfonction cérébrale à minima. Etude critique de la littérature. Thèse médecine, C.H.U. Pitié-Salpêtrière, 1976, 53 p.
- BOURDIER (P.). — Handicap physique, préjudice, exception. *Nouvelle Rev. de Psychanalyse*, 1976, n° 13, pp. 265-279.
- CORBOZ (R.J.). — Les syndromes psycho-organiques de l'enfant et de l'adolescent. *Psychiat. de l'Enfant.*, 1966, 9, pp. 1-88.
- COVELLO (A.), MIGNARD (E.), PASQUIER (M.A. du) et L'HERITIER (D.). — Blessure organique et blessure narcissique. *Psychiat. de l'enfant*, 1973, 16, pp. 381-466.
- DEBRAY-RITZEN (P.), BURSTEJN (Cl.), BARON (D.), MACHER (J.P.) et DEBIEVRE (A.). — L'instabilité psychomotrice de l'enfant. A propos de 226 cas. *Le journal des agrégés*, 1974, 7, pp. 367-371.
- DELAGE (J.). — Dysfonction cérébrale mineure. Implication dans l'apprentissage. *Rev. Neuropsychiat. inf.*, 1968, 16, pp. 681-688.
- DOPCHIE (N.). — Le syndrome hyperkinésique. *La psychiat. de l'enfant*, 1968, 11, pp. 589-619.
- FREUD (S.). — Quelques types de caractères dégagés par la psychanalyse. In *Essais de Psychanalyse Appliquée* (trad. E. Marty et M. Bonaparte), Gallimard, Paris, 1933, 254 p.
- GRAHAM (Ph.), CHIR (B.), RUTTER (M.). — Organic brain dysfunction and child psychiatric disorders. In *Annal progress in child psychiatry and child development*, Brumer/Marel, New York, 1969, pp. 521-539.
- KOUPERNIK (C.), HOUZEL (D.) et SELIGMANN (F.). — Les traumatismes crâniens chez l'enfant. In *Concilium Paedopsychiatrium*, Karger, Bâle/New York, 1968.
- LIEVENS (P.). — Le psychosyndrome organique infantile précoce et ses répercussions pédagogiques. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1972, 20, pp. 297-305.
- LUXEY (C.). — Contribution à l'étude des séquelles neuropsychiques des traumatismes crâniens de l'enfant. Thèse Médecine, Toulouse, 1968.
- MANCIAUX (M.). — Les infirmités motrices cérébrales. In *Pédiatrie Sociale*, 1 vol., Flammarion, Paris, 1977, pp. 511-518.
- ROBAYE (F.). — L'enfant au cerveau blessé. 1 vol., Des-sart et Mardaga, Bruxelles, 1975.
- RUTTER (M.). — Lésion cérébrale organique, hyperkinésie et retard mental. *Psychiat. de l'enfant*, 1968, 11, pp. 475-492.
- SAINTE-ANNE DARGASSIES (S.). — L'apparition de l'infirmité motrice cérébrale et les divers aspects de ce problème. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1968, 16, pp. 797-805.
- SCHMITT (B.D.). — The minimal brain dysfunction myth. *Amer. J. dis. child*, 1975, 129, pp. 1313-1318.
- SELIGMANN (F.). — Les séquelles affectives des traumatismes crâniens et leurs éventuels rapports avec des altérations E.E.G. *Rev. Neuropsychiat. inf.*, 1965, 13, pp. 517-529.
- TABARY (J.C.) et FOLLIOT (M.F.). — Evolution du Q.I. chez les enfants I.M.C. en cours de rééducation. *Rev. Neuropsychiat. inf.*, 1967, 15, pp. 725-736.
- TARDIEU (G.). — L'aphasie relative de l'enfant I.M.C. *Rev. Neuropsychiat. inf.*, 1965, 13, pp. 547-562.
- WENDER (P.H.). — The minimal brain dysfunction syndrome in children. *J. Nerv. Ment. dis.*, 1972, n° 1, pp. 55-71.
- WERRY (J.S.). — Development Hyperactivity. In *Annual Progress in child psychiatry and child development*. Brumer/Mazel, New York, 1969.
- WINNICOTT (D.W.). — Le corps et le Self. *Nouvelle rev. de psychanalyse*, 1971, n° 3, pp. 37-48.

LES TROUBLES PSYCHIQUES DE L'EPILEPSIE

La fréquence de troubles psychiques chez les enfants épileptiques est un fait d'observation, qui est reconnu depuis longtemps et a donné lieu à des descriptions précises dès le XIX^e siècle. Les rapports entre la crise d'épilepsie et les troubles psychiques font toujours l'objet de discussions. Il faut se garder dans ce domaine de toute simplification. Les facteurs qui interviennent sont multiples, les niveaux d'organisation des troubles différents. Il faut accepter cette complexité sous peine de verser dans de graves erreurs, tantôt dans le sens d'une stricte organicité, qui méconnaît le jeu des forces psychiques, tantôt dans le sens d'explications psychogénétiques simplistes ou purement verbales.

On admet de plus en plus que les relations entre épilepsie et psychopathologie sont réciproques. L'épilepsie détermine ou favorise l'éclosion de troubles psychiques, dont certains sont étroitement liés à la maladie épileptique et d'autres évoluent pour leur propre compte. Parfois les troubles psychiques peuvent à leur tour retentir sur l'évolution de la maladie épileptique. Enfin dans certains cas, il est probable que les crises d'épilepsie sont (en partie) l'expression de conflits psychiques.

Soulignons toutefois d'emblée que les troubles psychiques sont loin d'accompagner constamment l'épilepsie. Beaucoup d'enfants et d'adolescents épileptiques n'ont ni troubles intellectuels, ni troubles de la personnalité.

I - DEFINITIONS

On réserve le nom d'*épilepsie* à des crises qui se répètent et qui associent une symptomatologie clinique paroxystique variée (altération de la conscience, symptomatologie motrice tonico-clonique surtout, psychique, neurovégétative, sensitive ou sensorielle et une décharge électro-encéphalographique d'éléments caractéristiques (pointes-ondes, polypointes). Ces crises électro-cliniques sont l'expression d'une décharge hypersynchrone d'une population de neurones cérébraux.

On désigne par *épilepsie symptomatique* une épilepsie dont la cause organique (traumatique, tumorale, encéphalopathie convulsivante, séquelles d'une souffrance cérébrale aigue, infectieuse, traumatique, anoxique etc.) est décelable et par *épilepsie essentielle* une épilepsie pour laquelle on ne retrouve aucune cause organique : le « Petit Mal » avec ses absences de quelques secondes est un bon exemple d'épilepsie fonctionnelle essentielle.

On appelle *crise d'épilepsie généralisée* une crise qui entraîne une perte de conscience d'emblée (comme dans le « Grand Mal » avec sa perte de connaissance d'emblée, sa phase de raideur tonique, puis de convulsions cloniques, puis la phase résolutive ; ou dans le « Petit Mal »). On appelle *crise d'épilepsie partielle* une crise qui ne s'accompagne pas d'une perte de conscience. Une crise partielle (motrice, psychomotrice, sensorielle, végétative) peut se généraliser secondairement. La recherche d'une cause organique s'impose encore plus dans les épilepsies partielles. Voici un tableau (tableau II) résumant les différents types d'épilepsie selon leur expression clinique.

TABLEAU II — CLASSIFICATION DES EPILEPSIES DE L'ENFANT SELON LEUR EXPRESSION CLINIQUE

Epilepsies généralisées		Epilepsies partielles ou focales		Epilepsies des encéphalopathies convulsivantes	
Crises motrices	Crises non motrices	Crises psychomotrices	Autres crises	Les spasmes en flexion	Le syndrome de Lennox-Gastaut ou Petit Mal Variant
— Les grandes crises tonico-cloniques du Grand Mal. — Mais les crises peuvent être : toniques pures, cloniques pures, hypotoniques, dimidiées.	— Les absences du Petit Mal (environ 5 % des épilepsies).	— Ce sont les crises dites temporales ou à séméiologie complexe avec activité automatique (environ 10 % des épilepsies)	— Crises à paroxysmes rolandiques (environ 15 %) — Crises motrices, bravis-jacksoniennes. — Très rares, crises viscérales, sensibles ou sensorielles	— Du syndrome de West, avec sa triade : spasme, régression, psychomotrice, hypsarhtymie	— avec ses crises variées : crises toniques, axiales, chutes ou effondrements, absences atypiques ou myoclonies.

II - ETUDE CLINIQUE

A) EXTENSION ABUSIVE DU DOMAINE DE L'EPILEPSIE

On a eu tendance à étendre abusivement le cadre de l'épilepsie à des manifestations psychiques, affectives ou motrices, dont la preuve est faite aujourd'hui qu'il ne s'agit pas de manifestations épileptiques.

Cela a été le cas de certains troubles paroxystiques du sommeil : terreurs nocturnes, somnambulisme, énurésie nocturne. Gastaut a montré par de très nombreux enregistrements de sommeil de nuit qu'il ne s'agissait pas de manifestations épileptiques.

Il faut citer aussi le spasme du sanglot, dont on sait aujourd'hui qu'il ne s'agit pas d'épilepsie. Si le spasme du sanglot se prolonge, il peut s'accompagner de quelques secousses cloniques dues à l'anoxie cérébrale, mais cela n'a aucune spécificité.

De très nombreux symptômes psychiques, comportementaux, caractériels, d'allure paroxystique, ont été interprétés comme épileptiques, soit sur leur allure clinique, soit d'après leur corrélation avec des anomalies E.E.G., qui en fait ne sont pas spécifiques de l'épilepsie. Il faut donc une grande rigueur pour porter un diagnostic d'épilepsie, aussi bien dans les critères d'appréciation cliniques qu'électroencéphalographiques. Il est grave de faire peser sur un enfant le poids d'une maladie dont il n'est pas atteint. Il est grave également d'entreprendre des traitements anticomitiaux inutiles et parfois nuisibles par leurs effets secondaires.

B) LES TROUBLES INTELLECTUELS

Ils sont quantitatifs et qualitatifs.

1) Troubles quantitatifs

Statistiquement les Q.I. d'une population d'enfants épileptiques sont plus bas que ceux d'une population d'enfants normaux. Toutefois, plus de la moitié des enfants épileptiques ont un Q.I. normal ou supérieur à la moyenne.

La loi de l'âge de de Clérambault est respectée, à savoir que plus l'atteinte est précoce, plus le déficit intellectuel risque d'être important.

Le Q.I. est plus souvent abaissé dans l'épilepsie symptomatique que dans l'épilepsie essentielle.

La fréquence de la détérioration du Q.I. est variable suivant le type clinique de l'épilepsie : elle est maximale dans le syndrome des spasmes en flexion, variété d'encéphalopathie convulsivante avec tracé E.E.G. d'hypsarythmie, elle est la plus faible dans le Petit Mal. Pour certains auteurs, elle est plus fréquente dans l'épilepsie psychomotrice que dans les autres formes.

Il semble ne pas y avoir de corrélation, comme on le pensait autrefois, entre la fréquence des crises et la détérioration intellectuelle. Par contre il est bien établi que les états de mal convulsifs (quelle qu'en soit la cause) comportent un gros risque de détérioration cérébrale et de baisse consécutive de l'efficiences intellectuelle.

L'efficiences intellectuelle est variable d'un moment à l'autre, d'où l'importance de tester plusieurs fois les enfants épileptiques.

Au maximum la détérioration intellectuelle donne un tableau de *démence épileptique*. Elle semble beaucoup moins fréquente aujourd'hui qu'elle ne l'était autrefois. Souvent elle est intriquée avec des troubles de la personnalité. Sa pathogénie est complexe et on ne peut pas la considérer simplement comme une conséquence de la maladie épileptique. Avec R. Mises et coll. on peut distinguer :

- des *formes démentielles*, où le déficit organique inscrit est indéniable et occupe une place importante, quels que soient les aménagements défensifs et les émergences symptomatiques ;
- les *psychoses à expression déficitaire* survenant chez des épileptiques. La place et la signification du déficit sont variables d'un cas à l'autre. L'existence d'un déficit fixé n'y est pas constante ;
- les *dysharmonies évolutives à expression déficitaire*, qui se situent entre ces deux pôles. L'insuffisance intellectuelle y est une référence centrale, mais elle est intriquée à des troubles relationnels complexes et à des troubles instrumentaux.

2) Troubles qualitatifs

On insiste surtout sur la lenteur du fonctionnement intellectuel ou *bradypsychie*, sur laquelle nous reviendrons à propos des troubles de la personnalité.

Il peut y avoir des troubles de la mémoire, portant sur les noms et la mémorisation des faits récents.

Il y a parfois un déficit linguistique, qui porte sur le vocabulaire, déficit qui semble lié surtout à l'insuffisance de la scolarisation.

C) TROUBLES DE LA PERSONNALITE

1) Troubles épisodiques

Ils sont rares chez l'enfant. Il faut bien distinguer une crise épileptique à forme psychique : perturbation aiguë de la conscience de quelques minutes avec troubles du comportement (plus ou moins automatique), crise neurovégétative avec angoisse, d'une psychose aiguë inter-critique, apparaissant après une crise ou une série de crises, ou parfois à distance d'une crise. On a décrit des formes confusionnelles simples, des formes confuso-oniriques ou confuso-maniaques ; la résolution en est rapide, mais des récurrences sont possibles. Dans certains cas il y a alternance entre troubles psychiques et crises.

2) Troubles durables

Ils ont suscité une grande quantité de travaux. Il y a eu, à date récente, une évolution importante dans la façon de considérer le problème.

Historiquement on a d'abord considéré tous les troubles psychiques des épileptiques comme des équivalents de crises. Puis on a incriminé une « constitution épileptique », qui serait à la fois responsable des crises et des troubles de la personnalité. On a parlé de « mentalité épileptique » — « personnalité épileptique » — « épileptoïdie » etc. Ce point de vue a conduit à des recherches caractérologiques.

Bleuler a créé le terme d'épileptoïdie. Wallon a décrit la « personnalité épileptoïde ». F. Minowska a approfondi l'étude de cette « personnalité épileptoïde » (ou « glyschroïde ») en utilisant le test de Rorschach. Elle décrit deux pôles : un pôle *adhésif*, caractérisé par la viscosité, le freinage des réactions émotionnelles, la persévérance ; un pôle *explosif*, marqué par des réactions émotionnelles explosives et des comportements agressifs pour elle. La personnalité épileptoïde alterne entre ces deux pôles.

Ajuriaguerra décrit deux syndromes : le syndrome d'*éréthisme et d'hypercinésie*, caractérisé par la labilité de l'humeur, les troubles de l'attention, l'instabilité psychomotrice, l'impulsivité ; le syndrome de *bradypsychie*, caractérisé par le manque d'initiative, le ralentissement intellectuel et moteur, l'incapacité à se détacher du concret, l'accrochage aux détails, la persévérance, la stéréotypie de la pensée et des comportements, la viscosité.

Freudenberg (cité par Ajuriaguerra, 1968) trouve dans une population de 380 enfants épileptiques, 54 % de troubles de la personnalité, dont 70 % correspondent au syndrome éréthisme et hypercinésie et 30 % au syndrome bradypsychie.

Le syndrome éréthisme et hypercinésie domine chez les enfants de moins de 10 ans. Le syndrome bradypsychie ne s'observe que chez les enfants de plus de 10 ans.

A date plus récente, le concept de « personnalité épileptoïde » a été fortement remis en question, sur les arguments suivants :

a) tous les enfants épileptiques n'ont pas les troubles correspondant à la personnalité épileptoïde. Certains n'en ont pas du tout (50 % pour Heuyer, cité par Dugas), certains ont des troubles très différents. Pond décrit chez les enfants atteints de Petit Mal des troubles de la personnalité de type névrotique : ce sont des enfants inhibés, dépendants, anxieux, souffrant de cauchemars ;

b) les troubles décrits comme caractéristiques de la « personnalité épileptoïde » ne sont pas spécifiques de l'épilepsie. Ils s'observent notamment chez des enfants atteints de lésions cérébrales non épileptogènes ;

c) il n'est pas certain que les troubles observés avec une plus grande fréquence chez les enfants épileptiques soient d'origine constitutionnelle. Il faut tenir compte d'autres facteurs. Pond (1970) retient les facteurs suivants :

— facteurs constitutionnels héréditaires,

- lésions ou dysfonctionnements cérébraux, dont l'épilepsie peut être une des manifestations,
- conséquences psychiques des crises d'épilepsie elles-mêmes,
- réactions du milieu familial et social,
- effets des drogues anticonvulsivantes.

Dans une importante étude portant sur 11 865 enfants d'une population scolaire, P. Graham, B. Chir et M. Rutter (1969) trouvent les résultats suivants : parmi les enfants épileptiques, la fréquence des troubles psychopathologiques est particulièrement grande dans les épilepsies psychomotrices — ils se rencontrent même chez les enfants ayant un Q.I. normal — il n'y a pas de différence de fréquence selon qu'il s'agit de garçons ou de filles — il y a d'autant plus de troubles psychiatriques que la famille est moins aisée, que la mère de l'enfant souffre elle-même de troubles psychiques, que l'enfant a des troubles de l'apprentissage de la lecture, qui aggravent son inadaptation scolaire. Mais ces auteurs ne trouvent pas de syndrome psychiatrique caractéristique de l'épilepsie. Toutes les formes de la pathologie mentale de l'enfant se trouvent représentées dans des proportions sensiblement habituelles.

3) Pathogénie

La genèse des troubles psychiques des épileptiques ne peut s'expliquer par un seul facteur :

a) la présence d'une éventuelle lésion cérébrale paraît déterminante. La diminution du Q.I. est plus fréquente dans les épilepsies symptomatiques, il en est de même pour les troubles de la personnalité. La localisation de la lésion semble jouer un rôle ; les épilepsies psychomotrices (temporales) sont celles qui payent le plus lourd tribut aux troubles psychiatriques. L'existence d'une lésion bifocale augmente les chances de troubles psychiques. Par contre il ne paraît pas possible de décrire un tableau psychiatrique spécifique de chaque localisation cérébrale ;

b) le rôle des crises elles-mêmes est étayé par des statistiques, qui montrent par exemple que les troubles psychiques sont plus fréquents en cas de lésion cérébrale lorsqu'il y a des crises, que lorsqu'il n'y en a pas. Ainsi Graham et coll. trouvent 58,3 % de troubles psychiatriques chez les enfants souffrant de lésion cérébrale avec crises d'épilepsie, 37,5 % seulement lorsque l'atteinte cérébrale ne s'accompagne pas de crise d'épilepsie.

On peut incriminer plusieurs facteurs :

- la fréquence des crises ne semble pas jouer toujours le rôle aggravant qu'on lui avait attribuer ;

- l'anoxie liée à un état de mal épileptique joue évidemment un rôle défavorable ;

- le handicap dû à des suspensions de conscience répétées peut être un des facteurs en jeu. C'est le cas de certains Petit Mal, dans lesquels les absences sont très nombreuses et parfois méconues. Cela peut être la cause d'un échec scolaire ;

- *le vécu angoissant ou dépersonnalisant des crises* est incriminé par plusieurs auteurs. H. Beauchesne (1976) s'est attaché à décrire comment le sujet se réorganise autour du phénomène central qu'est la crise, comment la crise peut modifier « la vision de soi ». Les crises, dit-il, se manifestent sur le plan psychique à la fois comme l'irruption d'une somme d'excitation incontrôlable et comme une perte des limites du Soi : « le sujet fait, en effet, l'expérience d'une disparition des fonctions corporelles et psychiques ou d'une disparition complète du contrôle corporel. L'expérience d'un Soi unifié est remise en question » ;

- *l'atteinte narcissique*, liée au dysfonctionnement d'un organe particulièrement investi, le cerveau, aussi bien qu'aux troubles de la cohérence de soi vécus au moment des crises, peut constituer le noyau d'une organisation pathologique de la personnalité. Certains troubles du comportement peuvent s'analyser comme des tentatives de restauration narcissique : « l'adhésivité, la recherche du

contact collant, visqueux, décrits classiquement pourraient être rattachés à un besoin de contact corporel et cutané, à un besoin d'attachement, visant à rétablir une unité. Les réactions impulsives, au maximum explosives ou les violents accès de rage ou d'abattement peuvent aussi être comparées aux mêmes réactions chez les personnalités de type narcissique lors d'une interruption du contrôle qu'elles tentent d'exercer » (H. Beauchesne) ;

- *les réactions du milieu familial et social* jouent un rôle structurant pour les troubles psychiques. On a décrit l'attitude souvent intolérante et rejetante des parents vis-à-vis d'enfants atteints de Grand Mal, l'attitude surprotectrice et anxieuse vis-à-vis des enfants atteints de Petit Mal.

On peut utiliser, avec H. Beauchesne les concepts de la théorie de la communication pour étudier la relation de l'enfant épileptique avec sa famille et avec le médecin. Il y a un risque de « disqualification » entre chacun des trois protagonistes, qui va reconnaître une partie de ce que lui communique l'autre au prix d'un déni d'une autre partie du message. Si la crise d'épilepsie est interprétée comme purement organique, le vécu psychique est dénié, si elle est présentée comme dû à un conflit psychique le vécu corporel est dénié. « Il existe une situation de contrainte entre le médecin qui sait et la famille, entre la famille qui connaît et voit la crise et l'enfant ». Il insiste avec d'autres sur le fait que l'enfant ne voit pas sa crise, il ne la connaît qu'à travers le regard de l'autre.

Les réactions de l'entourage extra-familial, la peur de l'épilepsie, l'angoisse de mort que suscite les crises, les limitations imposées à l'épileptique par la société dans la pratique des sports, le choix d'un métier, concourent à renforcer la blessure narcissique ou l'angoisse de castration.

- *les effets des drogues anticonvulsivantes* peuvent souvent être incriminés, soit qu'elles entraînent une somnolence ou un ralentissement idéique, qui contribue au syndrome de bradypsychie ; soit qu'elles provoquent, ce qui peut être le cas des barbituriques, un état d'instabilités psychomotrices, d'hypercinésie, qui peuvent être très mal tolérées par l'entourage et très invalidantes.

4) Y a-t-il des crises d'épilepsies psychogènes ?

Depuis longtemps on a été frappé par l'influence des émotions dans le déclenchement des crises épileptiques et par l'aspect de décharge de la crise elle-même, qui évoque souvent une « crise d'affect » (Fénelon). Certaines observations sont très évocatrices d'un déclenchement émotionnel d'authentiques crises épileptiques, au point qu'il suffit parfois de soustraire l'enfant aux tensions émotionnelles auxquelles il est habituellement soumis dans son milieu familial pour voir diminuer ou disparaître les crises, pour pouvoir réduire la posologie des médicaments, parfois même supprimer toute thérapeutique médicamenteuse.

Ces faits paraissent susceptibles de deux types d'explications :

- les émotions joueraient un rôle de déclencheur non spécifique, au même titre que la stimulation lumineuse intermittente, certaines drogues etc. Berry (cité par Sauguet et Delaveleye) fait remarquer que tous les facteurs provoquant un brusque décalage de l'activité cérébrale favorisent le déclenchement des crises. Ce serait le cas des émotions. Dans cette hypothèse la bradypsychie, l'adhésivité pourraient se comprendre comme un moyen de défense contre la survenue des crises. Les enregistrements électroencéphalographiques téléométriques confirment cette possibilité de déclenchement émotionnel ;

- les conflits psychiques peuvent être cause de crise d'épilepsie. Un certain nombre de psychanalystes se sont engagés dans cette perspective psychogénétique. Avant de relater leurs travaux, il nous paraît nécessaire d'insister sur deux points méthodologiques : le premier est un risque de confusion entre étiologie (la cause) et pathogénie (le mécanisme). Qu'un facteur soit reconnu comme cause d'un trouble ne nous permet pas d'en inférer un processus pathogénique ; en ce qui concerne l'épilepsie, la constatation de l'influence des émotions, des tensions intra-familiales, de tel ou tel type de conflit psychique, ne résout pas pour autant le problème des mécanismes engendrant l'épilepsie. Dire, purement et simplement, par exemple, qu'une crise d'épilepsie est l'équivalent d'une décharge

d'affect nous paraît relever de cette confusion — le deuxième risque est celui d'une confusion entre fantasme et processus. Qu'une crise s'accompagne d'un vécu fantasmatique intense ne permet pas de conclure que le fantasme est à l'origine de la crise. Il est souvent impossible de savoir si le fantasme est l'expression imaginaire d'un conflit dont la crise serait une des conséquences, ou s'il est la façon d'élaborer dans l'imaginaire le vécu de la crise elle-même.

Ces réserves étant faites, l'hypothèse d'une psychogénèse (au moins partielle) de certaines crises d'épilepsie mérite d'être examinée de très près, car rien ne s'oppose a priori à ce qu'un dysfonctionnement cérébral ne puisse être l'expression d'un conflit psychique, tout aussi bien qu'un autre dysfonctionnement.

Stekel (1911) est un des premiers auteurs et le premier psychanalyste à postuler l'origine psychique de crises d'épilepsie.

Freud (1929) a abordé ce problème dans « Dostoïevski et le parricide ». Il décrit la crise comme l'expression d'un conflit entre un Surmoi sadique et un Moi masochique. La crise, dit-il, est un équivalent suicidaire, un crime introjecté. Il insiste sur la désintringation des pulsions.

Ferenczi (1929) décrit la crise d'épilepsie en termes de régression du Moi. Il parle d'une régression du Moi à un stade très primitif, à un stade où le désir était encore exprimé par des mouvements incoordonnés.

Kardiner (1932) a tenté de rapprocher l'épilepsie des névroses traumatiques.

Hendrick (1960), Fénichel (1945), se rapprochent d'une explication psychosomatique. Ils décrivent la crise comme une décharge d'excitation non maîtrisable psychiquement et qui de ce fait passe par une voie somatique. Bien d'autres auteurs depuis se sont intéressés à cette dimension psychologique de l'épilepsie.

En définitive, les différentes interprétations psychodynamiques possibles des crises épileptiques nous renvoient au débat décrit dans le chapitre « troubles psychosomatiques », à propos des maladies à participation psychosomatique. Faut-il voir dans la crise épileptique une manifestation au fond assez proche de la conversion hystérique, ayant un sens et une finalité par rapport aux conflits inconscients, comme l'ont fait surtout les premiers psychanalystes ; ou bien ne faut-il pas y voir plutôt le résultat de la faillite, dans certaines circonstances, des moyens de maîtrise habituels, et un processus de décharge au sein d'un système fonctionnel normalement non utilisé dans ce but, d'une tension ne pouvant être élaborée psychiquement. Cette conception non symbolisante de la crise a le mérite de ne pas négliger, comme la précédente, les données de la physiopathologie cérébrale.

Récemment R. Bouchard, J. Lorilloux, C. Guedeney et D. Kipman (1975) ont fait une importante étude sur 151 enfants souffrants d'épilepsie essentielle. Ils se sont intéressés à la première crise, afin d'éliminer les facteurs surajoutés lorsque la maladie est devenue chronique. Ils étudient l'enfant, la famille, l'événement déclenchant : « L'enfant, disent-ils, nous est apparu toujours immature, plus ou moins pathologique, même si cette pathologie n'émerge pas d'emblée. La famille vit dans un état de tension déniée, mais intense. Enfin un événement survient dans la réalité et entre en résonance avec les fantasmes de l'enfant et de ses parents ».

Ils ne trouvent dans leur groupe d'enfants ni organisation obsessionnelle, ni organisation phobique, ce qu'ils expliquent par les mécanismes de maîtrise ou de focalisation de l'agressivité dans ces structures psychopathologiques, alors que dans l'épilepsie l'agressivité n'est pas ou mal maîtrisable.

Leur explication de la crise fait appel à la notion de traumatisme psychique, c'est-à-dire une collusion entre un événement extérieur et un fantasme très angoissant : « Si survient un événement fortuit, qu'ils (les enfants épileptiques) ressentent comme une vérification fatale de leur fantasme ou s'ils interprètent la conduite d'un tiers comme la pénétration de leur secret, alors la crise peut survenir ; dans les deux cas ils perçoivent une effraction brutale dans l'intimité la plus profonde de leur monde intérieur, ce qui leur est intolérable ».

Quelle que soit l'interprétation que l'on donne de l'influence des tensions psychiques sur la sur-

venue des crises d'épilepsie essentielle, il est très important, sur le plan thérapeutique de tenir compte de cette influence, aussi bien dans l'approche de l'enfant lui-même que dans la guidance des parents.

BIBLIOGRAPHIE

- AJURIAGUERRA (de J.). — L'épilepsie de l'enfant. In Manuel de psychiatrie de l'enfant, 1 vol., Masson, 1973, pp. 625-645.
- BEAUCHESNE (H.). — L'enfant et l'adolescent épileptique. Une approche clinique et psychopathologique. *Psych. Enfant*, 1976, 19, pp. 429-494.
- BOUCHARD (R.), LORILLOUX (J.), GUEDENEY (C.) et KIPMAN (D.). — L'épilepsie essentielle de l'enfant, 1 vol., P.U.F., Paris, 1975, 158 p.
- COVELLO (L.) et COVELLO (A.). — Epilepsie, symptôme ou maladie, 1 vol., Hachette, Paris, 1971, 208 p.
- DUGAS (M.), BADOUAL (J.) et BADOUAL (A.M.). — Avenir des convulsions chez l'enfant. *Rev. Neuro. Psychiat. Infantile*, 1965, 13, pp. 401-417.
- RICHARDET (J.M.). — L'épilepsie de l'enfant. *La vie médicale*, 1976, 57, n° 15-16, pp. 911-926.
- FENICHEL (O.). — La théorie psychanalytique des névroses, tome I, P.U.F., Paris, 1974, pp. 324-326.
- FERENCZI (S.). — A propos de la crise d'épilepsie. *Psychoanalyse*, tome III, Payot, Paris, 1974, pp. 143-149.
- MAZET (Ph.). — L'épilepsie est-elle du domaine psychosomatique ? *Perspectives psychiatriques*, 1972, n° 38, pp. 45-53.
- MISES (R.), MISES (J.) et BEAUCHESNE (H.). — Le démembrement de la démence épileptique chez l'enfant. *Psychiat. Enfant*, 1968, 11, pp. 181-268.
- SAUGUET (H.) et DELAVELEYE (R.). — Les comportements psychologiques des enfants et des adolescents épileptiques. *Psychiat. Enfant*, 1958, 1, pp. 261-334.
- SOULAYROL (R.), RECOURS (P.), DRAVE (C.) et ROGER (J.). — Influence de l'épilepsie sur le développement de la personnalité. A la recherche d'une personnalité épileptique chez l'enfant. *Rev. Neuro psychiat. infant.*, 1974, 22, pp. 177-183.

LES TROUBLES PSYCHIQUES LIES AUX DEFICITS SENSORIELS

Les déficits sensoriels atteignent les canaux d'information par lesquels l'enfant découvre le monde extérieur, organise ses repères temporaux et spatiaux et entre en communication avec son entourage. Leurs conséquences seront très différentes selon que l'atteinte est congénitale ou très précoce et que par conséquent l'enfant a dû effectuer son développement, privé d'une source essentielle d'information et de communication, ou bien que l'atteinte est secondaire. Dans ce dernier cas, le déficit sensoriel pose des problèmes assez analogues à ceux d'un autre handicap, blessure narcissique, réaction angoissée ou rejetante de la part des parents, etc. Nous étudierons ici surtout les conséquences psychopathologiques des déficits congénitaux ou très précoces.

I - LES DEFICITS AUDITIFS

A) DEFINITION ET FREQUENCE

La définition de l'hypo-acousie se fonde aujourd'hui plus sur la difficulté ou l'impossibilité d'acquérir spontanément un langage que sur la perte en décibels. Voici la définition de l'O.M.S. : « L'enfant hypoacousique est celui dont l'acuité auditive est insuffisante pour lui permettre d'apprendre sa propre langue, de participer aux activités normales de son âge, de suivre avec profit l'enseignement scolaire général ».

Il y a cependant une corrélation entre la difficulté à apprendre spontanément la langue et la perte auditive. Maspétiol (cité par Manciaux) distingue trois groupes :

- les malentendants, perte de 30 à 40 décibels ;
- les demi-sourds, perte de 50 à 80 décibels ;
- les sourds profonds, perte de plus de 80 décibels.

Les malentendants peuvent acquérir le langage spontanément quoique avec certaines difficultés et des déformations (défauts de prononciation dus à une mauvaise perception ou à une non-différenciation des phonèmes).

Les demi-sourds et sourds profonds ne peuvent pas acquérir le langage sans rééducation spécialisée.

On estime à 0,5 % des naissances le nombre de surdités profondes congénitales et à 1,5 % le nombre d'hypo-acousies moyennes (Commission du 7^e plan citée par Manciaux).

B) TROUBLES DU DEVELOPPEMENT INTELLECTUEL ET INSTRUMENTAL

Un déficit sensoriel a inévitablement des retentissements sur tout le développement cognitif et

instrumental de l'enfant. Il n'est pas possible de concevoir une fonction sensorielle de manière isolée. L'enfant en effet doit pour se développer non seulement percevoir par ses organes des sens les messages nécessaires, mais aussi organiser ses champs perceptifs, les coordonner entre eux, coordonner motricité et perception. Le déficit d'un des canaux de perception retentit inévitablement sur toute l'organisation perceptivo-motrice. Il retentit aussi sur le développement intellectuel et mnésique dans la mesure où certaines stratégies de pensées ou de mémorisation sont perturbées. En effet, le langage devient pour l'enfant l'instrument privilégié de la pensée et de la mémorisation.

Les difficultés intellectuelles des enfants sourds portent sur le maniement des concepts, les possibilités d'abstraction. Oléron (1963) a montré que l'intelligence des enfants sourds était peu touchée, mais qu'ils accusaient un retard dans le développement de la pensée abstraite, qu'ils gardaient le besoin d'un support concret. Vincent-Borelli a montré que la pensée opératoire évoluait plus lentement chez l'enfant sourd.

On a signalé des difficultés de mémorisation portant non sur la mémoire immédiate d'éléments simples, mais soit sur la mémorisation d'une figure complexe, soit sur la mémoire différée.

Les capacités de développement visuel sont bien développées mais quand il faut analyser la perception, distinguer figure et fond, le sourd est inférieur à l'entendant.

On retrouve des difficultés à reproduire des gestes contraires, à organiser le dessin du corps.

Le développement psychomoteur est en moyenne un peu retardé (90 % ne marchent qu'après 18 mois — 40 % n'acquièrent la propreté nocturne qu'après 36 mois). Ils présentent assez souvent des troubles de l'équilibre mal expliqués et qui s'améliorent par l'appareillage acoustique.

Enfin, leur repérage du temps, des rythmes est mauvais. Ils ont aussi une certaine difficulté à se repérer dans l'espace et il semble que l'audition bi-auriculaire soit un élément important du repérage spatial.

C) TROUBLES AFFECTIFS ET DE LA PERSONNALITE

Les messages sensoriels sont nécessaires à l'enfant pour communiquer avec son entourage et pour rétablir sa relation d'objet et lutter contre ses angoisses de séparation. Entendre sa mère quand il ne la voit plus est un élément important de réassurance pour l'enfant. Plusieurs psychanalystes d'enfants (M. Ribble - 1943 ; Greenacre - 1945 ; Mahler - 1952) ont décrit un déplacement chez l'enfant des sensations internes vers le sensorium, déplacement nécessaire à la constitution d'objets libidinaux permanents. Le déficit sensoriel perturbe cette évolution.

Ajuriaguerra souligne le fait que le sourd est plus privé de communication que l'aveugle. « L'enfant atteint de surdité n'est pas comme l'aveugle qui est vu, bien qu'il ne voit pas ; le sourd lui non seulement n'entend pas, mais n'est pas entendu ». Le sourd est privé du bain de la voix maternelle qui calme le nourrisson dès la 4^e semaine et qui joue un rôle dans l'attachement tel que le décrit Bowlby. Par contre, il semble moins défavorisé que l'enfant aveugle pour établir des repères dans le monde extérieur et construire des objets permanents. Freedmann (cité par Ajuriaguerra) constate qu'il y a moins d'autisme chez les sourds que chez les aveugles.

Les éventuels troubles psychopathologiques développés par les enfants sourds varient suivant les conditions de vie de l'enfant, l'âge auquel son déficit est dépisté, la réaction des parents, etc. Cela explique la grande diversité des observations faites par les différents auteurs.

Pour certains, ces troubles psychopathologiques de l'enfant sourd n'ont pas de spécificité (Williams cité par Boulanger-Balleyguier).

D'autres auteurs ont cherché à définir la « personnalité de l'enfant sourd ». La plupart note une anxiété importante. Souvent on trouve une immaturité affective, un égocentrisme, un mauvais contrôle émotionnel avec tendances aux colères, intolérance aux frustrations. Les organisations psychopathologiques le plus souvent décrites sont caractérielles. Altshuler et Rainer (cités par Ajuria-

guerra) signalent une grande fréquence des troubles antisociaux et des déviations sexuelles. Les syndromes dépressifs et névrotiques ne paraissent pas par contre particulièrement fréquents.

II - LES DEFICITS VISUELS

A) DEFINITION - FREQUENCE

On considère comme déficient visuel un enfant dont l'acuité du meilleur œil après correction est inférieure à 4/10.

On peut classer les déficients visuels en trois groupes selon leur acuité visuelle (Lairy, Netchin et Neyraut) :

- déficients légers, entre 2/10 et 4/10, les enfants peuvent pour la plupart suivre une scolarité normale avec quelques précautions,
- déficients moyens, entre 1/10 et 2/10, les enfants nécessitent des classes spécialisées,
- déficients sévères, l'acuité est inférieure à 1/10.

La définition de la cécité varie suivant les pays. En France, on considère comme aveugle un sujet dans l'acuité visuelle est inférieure à 1/20 de vision centrale. En fait, le handicap ne dépend pas seulement de la baisse de l'acuité visuelle, mais aussi du rétrécissement du champ visuel (les Américains incluent la mesure du champ visuel dans la définition de la cécité), de la présence d'un nystagmus, etc.

On estime à 4 000 le nombre des déficients visuels graves entre 4 et 19 ans et à 0,12 % le nombre de déficients moyens et légers, soit 14 000 enfants dans la population scolaire. (Commission du 7^e Plan).

B) TROUBLES DU DEVELOPPEMENT INTELLECTUEL ET INSTRUMENTAL

Le premier développement est un peu retardé surtout dans le domaine du tonus : tenue de la tête, tenue assise, marche. Cela semble lié au fait que le développement moteur est stimulé par la perception du monde extérieur. L'enfant développe sa motricité dans la mesure où il cherche à voir, à poursuivre les objets par la vue, en tournant la tête, en se redressant, etc. Ainsi, l'enfant aveugle n'acquiert la marche qu'entre 18 mois et 3-4 ans (Hapwel cité par Postel et collaborateurs).

On a décrit chez l'enfant aveugle certaines anomalies dans le premier développement :

- un désarroi postural avec paratonie et anxiété quand l'enfant doit quitter une position familière,
- des phobies du toucher : l'enfant retire sa main ou l'ouvre dès qu'elle est refermée sur un objet (E.M. Leger et G.C. Lairy),
- ou certains désinvestissements des fonctions qui suivent leur apparition (Burlingham) : ainsi la manipulation des objets, la marche, le langage, sont plus ou moins désinvestis après un premier investissement. Peut-être cela est-il dû à des réactions d'angoisse, par exemple pour la marche, l'enfant aveugle se trouve en bute à quantités d'obstacles qu'il ne peut repérer, d'où le développement d'une grande appréhension. Il est vraisemblable aussi que cela dépend de la réaction de l'entourage, des stimulations qu'il sait ou non apporter à l'enfant.

Les troubles psychomoteurs sont fréquents :

- les enfants mal-voyants sont souvent maladroits, leur démarche est raide, sans balancement des bras,

- on a décrit, chez certains d'entre eux, des stéréotypies motrices qui ont reçu le nom de « blindisme » (de Blind : aveugle en anglais) : balancement d'un pied sur l'autre d'avant en arrière ou latéralement, mouvements auto-agressifs comme se taper la tête, se griffer la face. Ces stéréotypies sont interprétées comme un moyen de décharge d'une énergie motrice inemployée. Elles ont sans doute une signification affective profonde et rappellent les mouvements que l'on voit chez les enfants carencés ou psychotiques. Elles disparaissent lorsqu'on réussit à intéresser l'enfant, par exemple par une scolarisation adaptée. Elles ne s'observent que chez certains enfants mal-voyants et sont corrélées avec une attitude parentale inadéquate ;

- les praxies complexes, comme les praxies d'habillage, de boutonnage, sont défectueuses ;
- la structuration de l'espace l'est également : mauvaise orientation dans l'espace, échec aux tests perceptivo-moteurs (Bender par exemple) lorsque leur passation est possible ;
- il y a fréquemment des troubles de la latéralisation : latéralisation non-homogène, ambidextrie ;

- par contre, la connaissance du corps propre, mise en évidence par la dénomination des parties du corps, est normale. L'enfant mal-voyant compense le défaut de connaissance visuelle de son corps par une exploration tactile accrue.

Les troubles de l'organisation spatiale et des praxies gênent la prise de conscience de soi. L'apparition du « je » est souvent retardée. L'accès à la notion de permanence de l'objet, l'accès à la pensée symbolique sont également retardés.

Le **niveau intellectuel global** a par contre une distribution normale dans une population d'enfants mal-voyants si l'on excepte ceux atteints d'une affection responsable à la fois d'un défaut visuel et intellectuel. Le déficit visuel n'est pas, par lui-même, une cause de retard mental.

Le **développement du langage** suit au début le cours habituel. L'enfant accède au langage par le plaisir à émettre et à répéter des sons, puis des mots. Chez les mal-voyants, ce plaisir oral dure plus que chez les autres enfants, ils se livrent à de longs bavardages dès qu'ils sont seuls, mais souvent ils répètent des mots et des phrases qu'ils ne comprennent pas.

Le développement du vocabulaire atteint un niveau normal, mais il se fait plus lentement et plus irrégulièrement.

Le **verbalisme** est signalé par de nombreux auteurs. Postel et collaborateurs le trouvent chez 50 % des enfants aveugles qui sont étudiés. Ils le définissent : emploi de mots dont le sens est inconnu, incompris ou imprécis pour l'enfant. L'enfant mal-voyant risque en effet de développer le langage de l'autre plutôt que le sien propre dans la mesure où les mots qu'il entend sont souvent pour lui dépourvus de contenu perceptif, émotionnel ou affectif. On lui décrit le monde plus comme les autres le perçoivent que comme lui-même le vit. Sa connaissance intellectuelle de la langue est souvent supérieure à celle d'un autre enfant du même âge, mais elle lui est moins personnelle.

Il y a parfois des troubles articulatoires liés à un défaut d'imitation des mouvements phonatoires de la bouche et des lèvres.

La scolarité dépend de nombreux facteurs. Un enfant déficient visuel léger sans troubles associés peut suivre moyennant certaines précautions une scolarité normale. L'enfant aveugle, par contre, a presque toujours un certain retard scolaire. Postel et collaborateurs trouvent un retard moyen de 2 à 3 ans.

C) TROUBLES DE LA PERSONNALITE

Le manque d'information visuelle est une entrave importante dans l'établissement d'une relation entre l'enfant et son entourage. La mère de l'enfant déficient visuel doit être attentive à des impondérables pour savoir l'intéresser, communiquer avec lui, comprendre ses besoins et ses désirs. Il faut qu'elle puisse se passer d'un certain nombre de signes de reconnaissance de la part de l'enfant,

signes qui habituellement confortent la mère dans son rôle maternel, confirment sa qualité de mère, réparent son image à ses propres yeux.

Nous n'insisterons pas sur l'importance des attitudes de la mère et du père, des fantasmes qui se forment en eux à propos de leur enfant handicapé ; nous l'avons déjà dit à propos d'autres handicaps. Cependant, dans les handicaps visuels on observe peut-être plus fréquemment une réaction dépressive chez la mère, ce qui accroît l'isolement de l'enfant, son repli sur lui-même et parfois le conduit à l'autisme qui paraît plus fréquent chez le déficient visuel que chez le déficient auditif.

L'enfant se trouve plus ou moins privé d'un des moyens essentiels de reconnaissance et de lutte contre l'angoisse de séparation, la perception du visage de la mère est pendant l'expérience de la têtée, un élément de réassurance contre les angoisses orales qui fait défaut au déficient visuel profond.

Beaucoup d'auteurs se refusent à décrire une personnalité caractéristique de l'enfant malvoyant. Les troubles de la personnalité ne sont ni constants, ni spécifiques. Ils dépendent largement de la réaction de l'entourage. Il est cependant possible de repérer des tendances prévalentes dans les troubles observés :

— l'anxiété souvent très importante accompagnée de signes neurovégétatifs, d'instabilité psychomotrice ;

— une tendance à l'isolement dans des jeux solitaires, parfois purement imaginatifs ;

— une tendance à la passivité, à la dépendance, un refus de la compétition, des attitudes régressives (Burlingham).

Par contre, les manifestations caractérielles, l'agressivité extériorisée, les colères sont rares à la différence de ce qu'on voit chez l'enfant sourd.

Les déficients visuels incomplets ont plus souvent des difficultés d'adaptation que les aveugles, tout comme s'ils se trouvaient dans une situation d'incertitude à mi-chemin entre les voyants et les aveugles, ce qui leur pose le problème du choix du groupe auquel ils appartiennent.

Lairy et collaborateurs ont décrit les troubles de l'endormissement qu'ils trouvent dans 11 cas sur 54 : l'enfant déficient visuel est très long à s'endormir et est envahi par une imagerie hypnagogique rarement angoissante, le plus souvent agréable. Ils trouvent ces manifestations chez les enfants intelligents et non carencés affectivement ; elles ne semblent pas avoir de caractère péjoratif.

BIBLIOGRAPHIE

AJURIAGUERRA (de J.) et ABENSEN (J.). — Désordres psychopathologiques chez l'enfant sourd *Psychiat. Enfant*, 1972, 15, pp. 217-244.

AJURIAGUERRA (de J.). — L'organisation psychologique de l'enfant présentant une désafférentiation sensorielle. In *Manuel de Psychiatrie de l'Enfant*, Masson, Paris, 1973, pp. 519-523.

BOULANGER-BALLEYGUIER (G.) et LAVALOU (M.O.). — Le comportement social de l'enfant sourd. *Enfance*, 1977, pp. 13-35.

DURIF (M.C.). — Existe-t-il des singularités psychologiques propres à l'enfant sourd ? *Perspectives psychiatriques*, 1975, n° 52, pp. 233-235.

GRASSET (C.). — L'organisation spatiale et temporelle chez les enfants amblyopes et son influence sur le langage *Rev. Neuro. Psychiat. Infantile*, 1971, 19, pp. 33-39.

LAIRY (G.C.), NETCHINE (S.) et NEYRAUT (M.T.). — L'enfant déficient visuel. *Psychiat. Enfant*, 1962, 5, pp. 357-440.

LANDRY (M.) et YANA (M.). — Lignes directrices de la prise en charge de l'enfant déficient auditif. *Perspectives psychiatriques*, 1975, n° 52, pp. 195-203.

LANDRY (M.) et MOTTIER (C.). — Relations familiales et surdité. *Perspectives psychiatriques*, 1975, n° 52, pp. 220-232.

LEGER (E.M.) et LAIRY (G.C.). — Explorations psychologiques du jeune enfant aveugle. *Psych. Enfant*, 1965, 3, pp. 275-302.

LISSONDE (B.) et POROT (M.). — Déficience visuelle et déficience mentale. *Rev. Neuro. Psychiat. Infantile*, 1971, 19, pp. 1-19.

MANCIAUX (M.) et RAUBER (C.). — Troubles sensoriels. In *Pédiatrie Sociale*, Mande R., Masse N. et Manciaux M., 1 vol., Flammarion, Paris, 1977, pp. 474-488.

MOATTI (L.). — Les investigations audiologiques chez l'enfant. *Perspectives psychiatriques*, 1975, n° 52, pp. 189-193.

POSTEL (J.), CAILLON (S.) et NEU (C.). — Le langage oral chez l'enfant aveugle. *Rev. Neuro. Psychiat. Infantile*, 1971, 19, pp. 21-34.

LES CONSEQUENCES PSYCHOPATHOLOGIQUES DE LA PREMATURITE

Les naissances prématurées représentent environ 10 % de l'ensemble des naissances (Minkowski). Elles créent un ensemble de circonstances physiques et psychiques profondément modifiées par rapport aux circonstances normales d'une naissance et de l'établissement consécutif de la relation mère-enfant. Du fait de son immaturité, le prématuré doit recevoir une assistance qui permette de suppléer à son manque de possibilités de régulation spontanée : il faut le placer en incubateur pour lui assurer une bonne régulation thermique, il faut le nourrir par perfusion ou par gavage, il faut le protéger soigneusement contre les risques infectieux par des mesures d'asepsie rigoureuses, il faut lui assurer une oxygénation satisfaisante, etc. Il est donc dans des conditions d'élevage artificiel pendant une période variable, qui peut aller jusqu'à plusieurs mois, où il est séparé de sa mère.

Ces conditions peuvent avoir une triple conséquence :

a) **Des désordres biologiques** (nous ne développerons pas ici le problème des atteintes cérébrales massives dont le grand prématuré peut être atteint). Il est possible que les conditions artificielles d'élevage du prématuré ne permettent pas une maturation tout à fait normale de son système nerveux central. Dreyfus-Brisac a montré que l'amélioration des conditions d'oxygénation depuis 1968 avait amélioré la maturation électro-encéphalographique des prématurés. Peut-être y a-t-il encore d'autres facteurs, que nous connaissons mal, qui influent sur cette maturation ?

b) **Des conditions d'environnement anormales** : certaines stimulations sont excessives : les bruits (on a trouvé jusqu'à 95 db dans des incubateurs), les stimulations lumineuses.

D'autres simulations font défaut : par exemple les stimulations cénesthésiques dues aux mouvements de la mère, lorsque le fœtus est in utero.

Les rythmes imposés au prématuré sont inadéquats et arbitraires par rapport à sa physiologie. Par exemple il reçoit des stimulations en quantité équivalente pendant tout le nyctémère — par nécessité, le mode d'alimentation est inadéquat.

c) **Des perturbations dans l'établissement de la relation mère-enfant** : la grossesse n'a pas été menée à son terme et laisse à la mère un sentiment d'incomplétude, d'inachevé, d'échec. A cela il faut ajouter que le nombre de grossesses non désirées paraît plus grand pour les prématurés. Parfois la mère a fait des tentatives d'avortement qu'elle tient pour responsables de la prématurité et qu'elle culpabilise fortement.

L'accouchement n'est pas vécu comme un événement heureux. Il est trop rapide, le travail de parturition n'a pas le temps de s'accomplir. Souvent la naissance de l'enfant laisse à la mère une impression d'opération chirurgicale plutôt que d'un accouchement.

Lorsqu'elle voit l'enfant pour la première fois, la mère est souvent choquée par son aspect petit, maigre, fragile et laid. Elle est impressionnée de le voir dans l'incubateur, entouré d'appareils, muni de tuyaux. Cette image peut persister longtemps dans son esprit et gêner son investissement de l'enfant.

Le risque vital est important. La mortalité globale des prématurés est encore de l'ordre de 25 % (Minkowski). Elle est d'autant plus importante que la prématurité est grande et que le poids du

prématuré est faible. Les parents informés de ce risque vital ne peuvent manquer d'y réagir. Cela tend à augmenter chez eux une agressivité culpabilisée à l'égard de l'enfant et parfois à développer des désirs de mort.

Le fait que l'enfant soit soustrait à sa mère pour être confié à une équipe technique semble un facteur essentiel de la difficulté d'établissement de la relation mère-enfant. Cela perturbe l'*attachement* qui doit se faire entre la mère et l'enfant. Bowlby a insisté sur l'importance de cette première relation physique et en particulier du contact cutané. La mère du prématuré ne prend souvent contact avec son enfant que plusieurs semaines ou mois après la naissance, à la sortie de l'incubateur. Beaucoup de femmes ont alors l'impression d'avoir un enfant étranger, elles se sentent maladroitement avec lui, craignent de le manipuler. Certaines ont le fantasme qu'on a échangé leur enfant contre un autre au cours des différentes manipulations qu'il a subies.

La période qui sépare la naissance du moment où la mère va récupérer son enfant est pour elle une période d'épreuve. Un accouchement est vécu inévitablement comme une perte d'objet. L'enfant in utero fait partie du corps de la mère, lui donne un sentiment de complétude narcissique. L'accouchement la prive de cet objet. Il est bien connu que souvent les femmes ont dans le post-partum une réaction dépressive. Lorsque la mère peut s'occuper de son enfant, cela lui permet le plus souvent d'élaborer cette dépression, grâce à l'investissement qu'elle reporte sur l'enfant et à sa « préoccupation maternelle primaire » (Winnicott). L'absence de l'enfant à ses côtés la prive de cette possibilité.

A. Carel a décrit trois syndromes chez les mères pendant cette période :

1) *La confusion existentielle* : il s'agit d'un syndrome subconfusionnel, avec sentiment de flou, de bizarrerie, de brouillard, de vide, de manque (Soulé parle de « grossesse à ventre plat »). Il y a un malaise indéfinissable avec discrète désorientation temporo-spatiale (souvent les mères confondent la date de la naissance et la date du terme théorique), une perte relative du sens de la réalité.

La pensée est flottante, aucun projet précis ne peut venir orienter l'activité de la mère. Elle a l'impression de faire sans cesse des choses sans importance et n'en garde pas de souvenir précis.

Il peut s'y ajouter des plaintes hypocondriaques diffuses centrées sur une grande asthénie.

Ce tableau dure quelques jours ou quelques semaines et se transforme peu à peu en un état d'anxiété diffuse ou en un syndrome dépressif. Le premier contact physique avec l'enfant aide la mère à sortir de cet état.

Ce syndrome est pour Carel un signe de bonne santé psychique et s'observe surtout chez des femmes bien préparées à la maternité, notamment chez les multipares qui ont déjà eu de bonnes expériences de maternité.

L'évolution en est favorable. La mère parvient en général à surmonter les difficultés et à investir harmonieusement l'enfant, quelque temps après son retour à la maison.

2) *La maternité blanche* : le mot de « maternalité » est dû à Racamier. Il désigne le processus qui s'instaure chez la mère après l'accouchement et qui lui permet d'investir l'enfant et d'assumer son rôle de mère.

Ici la mère ne paraît pas souffrir du manque de l'enfant pendant la période de séparation. Elle ne demande que peu d'informations, paraît peu exigeante à l'égard de l'équipe soignante, ne laisse filtrer aucune angoisse, « tout donne l'apparence d'une normalité rassurante, si ce n'est l'absence d'affect » (A. Carel).

Le retour de l'enfant à la maison est marqué par une série de difficultés ou de conduites aberrantes de maternage. La mère se sent débordée, incapable, voire dangereuse pour l'enfant. Elle fait appel de façon répétée au service hospitalier. Elle découvre à retardement l'angoisse et la dépression.

Cette « maternité blanche » se pérennise parfois sous forme d'une rationalisation des soins, d'un comportement de thérapeute qui assure la sécurité biologique, mais pas la chaleur affective.

Ce syndrome s'observe plus fréquemment chez des primipares mal préparées à la maternité.

L'attitude de l'équipe soignante joue sans doute un grand rôle dans sa genèse ; l'insuffisance de communication, la séparation excessive de la mère et de l'enfant semblent le favoriser.

3) *Le deuil anticipé* : il se voit aussi bien chez les pères que chez les mères. Les parents évitent de s'attacher à l'enfant comme s'il était déjà mort. Ils évitent les visites, ils répugnent à toucher l'enfant.

Le risque est grand si l'enfant survit car les parents peuvent avoir beaucoup de mal à réinvestir un enfant mort dans leur fantasme.

Il ne semble pas par contre que l'on observe des psychoses du post-partum.

LES TROUBLES OBSERVÉS CHEZ L'ENFANT

A) TROUBLES PRECOCES

On observe des retards staturo-pondéraux et psychomoteurs, mais ces retards se comblerent entre 3 et 5 ans, d'autant plus tôt que la prématurité était moins importante. Ils se comblerent plus vite chez les filles que chez les garçons.

On peut observer également :

- des troubles des conduites alimentaires, notamment de l'anorexie,
- des troubles du sommeil, souvent sous forme d'insomnies tapageuses et agitées (L. Kreisler),
- des décharges motrices, soit sous forme rythmique (balancements de la tête), soit sous forme de décharges auto-agressives (se taper la tête, se griffer, se mordre),
- des activités de manipulation auto-érotique du corps,
- des rituels autour de l'endormissement, de la toilette, des repas
- des tics,
- des troubles du comportement à type de colère, de spasmes du sanglot, surtout d'instabilité psychomotrice.

B) LE SYNDROME TARDIF DES ANCIENS PRÉMATURÉS

Il a été décrit par J. Berges et coll. en 1969 chez des enfants de 9 à 11 ans. Il est d'autant plus fréquent que la prématurité était importante, que le séjour en incubateur a été plus long, qu'il y a eu dans la petite enfance des décharges psychomotrices.

On observe alors :

- Des troubles psychomoteurs : maladresse, dysharmonie motrice, — présentation raide, bloquée, guindée, réaction de prestance, hypervigilance musculaire — des paratonies — des troubles de l'initiative motrice : conservation des attitudes, persévération des mouvements — des anomalies pragmatiques, que Berges et coll. ont mis en évidence par une épreuve d'imitation de gestes ; l'ancien prématuré a surtout du mal à faire les gestes contraires de ceux de l'examineur, ce qui dénote un mauvais repérage spatial. Les épreuves perceptivo-motrices (figure complexe de Rey, test de Bender) sont plus ou moins échouées. L'intégration de l'image du corps est mauvaise.

- Des troubles du contrôle émotionnel : l'enfant a facilement des rougeurs, des pâleurs, des sudations, des réactions d'inhibition ou de colère.

- L'examen neurologique ne met pas en évidence de signe lésionnel.
- L'intelligence est normale.

- En contraste il y a de graves difficultés scolaires : dyslexie, dysorthographe ou dyscalculie.

R. Cahn, a décrit un syndrome qu'il a observé chez d'anciens prématurés et aussi chez des enfants qui avaient vécu une situation dramatique après la naissance ou au cours de la première année. Ce syndrome est proche de ce que l'on appelle « dysharmonie d'évolution ». Il trouve : des conflits pré-génitaux massifs ; la problématique œdipienne paraît superficielle, la relation à l'image maternelle est vécue sur un mode d'angoisse plus ou moins paranoïde — des troubles sévères de la structuration temporelle et spatiale, de la latéralisation, une immaturité motrice et souvent un retard de langage.

Il insiste sur le défaut de symbolisation chez ces enfants. Tout se passe comme s'ils étaient incapables de relier entre eux les éléments de leur pensée pour en faire un tout cohérent.

Certains auteurs signalent des évolutions psychotiques, beaucoup plus rares. Pour A. Carel, elles peuvent s'observer notamment lorsqu'il y a eu deuil anticipé de la part des parents.

Enfin le pourcentage d'anciens prématurés parmi les enfants battus est nettement majoré. P. Strauss trouve dans son enquête 18 % d'anciens prématurés.

PATHOGENIE

Il est bien entendu difficile de savoir la place de chacun des facteurs que nous avons cités dans la genèse des troubles de l'ancien prématuré. On insiste cependant sur un défaut d'intégration de l'image de soi, lié à un mauvais maternage (Berges et coll., R. Cahn, A. Carel).

La relation archaïque du nourrisson avec la mère est la matrice dans laquelle s'organise la cohérence des fonctions instrumentales, l'image du corps et la construction temporo-spatiale de l'espace extérieur. Cela est un préalable au développement harmonieux d'une pensée symbolique.

R. Cahn insiste en outre sur le vécu chaotique imprimé par les conduites de la mère, qui empêchent l'intégration satisfaisante des expériences sensori-motrices et sur l'excès d'agressivité dans la relation mère-enfant, qui amène l'enfant à introjecter un mauvais objet primaire, rendant difficile le travail de symbolisation.

Pour A. Carel l'enfant prématuré manque plus ou moins son insertion dans le triple registre de l'imaginaire, du symbolique et du réel. Dans le registre de l'imaginaire de la mère, car elle n'a pu mener à son terme le processus de fantasmatisation de l'enfant, qui a été interrompu par la naissance prématurée. Dans le registre du symbolique, car l'aspect de l'enfant ne permet pas de l'inscrire dans le réseau des ressemblances familiales. Dans le registre du réel, car au début il est physiquement absent.

En outre la fragilité de l'enfant, la menace de mort qui pèse sur lui, les fantasmes de mort des parents, risquent d'entraîner un *syndrome de l'enfant vulnérable*, décrit par Solnit et Green (cités par Carel) : l'enfant ne peut se séparer de sa mère jusqu'à un âge avancé. Il se comporte de façon régressive ou au contraire il s'expose en permanence à des risques. Il exprime des plaintes hypocondriaques : céphalées, douleurs abdominales. Tout progrès dans le développement, tout nouveau pas vers l'autonomisation (la scolarisation par exemple) est anticipé par les parents comme une séparation dangereuse. Les symptômes de l'enfant sont l'expression de la crainte partagée par l'enfant et ses parents de la séparation et constitue une tentative pour l'éviter.

Souvent les mères d'anciens prématurés gardent le sentiment que leur enfant reste inachevé et que par conséquent il a besoin d'une protection spéciale de leur part. Berges dit qu'elle n'ont pas fait le « deuil de la grossesse ».

La connaissance de ces troubles des anciens prématurés ne doit pas conduire au pessimisme. Elle doit conduire à essayer d'agir pour prévenir leur survenue. Deux mesures ont fait preuve de leur efficacité : permettre aux mères de s'occuper le plus rapidement possible du bébé, le leur faire toucher et manipuler quand il est encore en incubateur — proposer des entretiens aux parents, afin qu'ils puissent exprimer leurs anxiétés, leurs interrogations, leurs fantasmes agressifs.

BIBLIOGRAPHIE

ANDRAU (R.), CORTIAL (C.) et LEZINE (I.). — Quelques réflexions sur la relation mère-enfant à la suite d'une naissance prématurée ou dysmature psychiat. Enfant, 1973, 16, pp. 123-178.

BERGES (J.), LEZINE (I.), HARRISON (A.) et BOISELIER (S.). — Le syndrome de l'ancien prématuré. Recherches sur sa signification. Rev. Neuro. Psychiat. Infantile, 1969, 17, pp. 719-779.

CAHN (R.). — Défauts d'intégration primaire et inhibition des apprentissages instrumentaux et cognitifs. Rev. Fr. de Psychan., 1972, 36, pp. 955-971.

KESTEMBERG (E.) et coll. — Le devenir de la prématurité. 1 vol., P.U.F., Paris, 1977, 164 p.

SATGE (P.) et SOULE (M.) et coll. — L'accueil et la prise en charge des parents dans un centre de néo-natologie. 1 vol., Expansion Scientifique Française, Paris, 1976.

LES CONSEQUENCES PSYCHOLOGIQUES DES MALADIES SOMATIQUES

La maladie physique fait partie de la vie de tout enfant ; bénigne ou grave, aiguë ou chronique, elle représente une situation dont les effets psychologiques chez l'enfant comme dans sa famille sont généralement loin d'être négligeables.

Mais, avant de décrire ces effets, il est intéressant de situer brièvement la notion de maladie par rapport à celles de handicap et d'anomalie physique, lesquels représentent d'autres problèmes somatiques et donc d'autres réalités psychologiques auxquels l'enfant peut être confronté et que nous avons déjà abordés en partie, lors de l'étude des déficits sensoriels et de l'infirmité motrice cérébrale. Sans prétendre ici se livrer à une étude approfondie de ces trois notions, on peut, avec C. Canguilhem, noter que *la maladie* est une rupture par rapport à l'état de santé antérieur, un processus pathologique qui « se situe dans une succession chronologique... qui vient interrompre un cours », qui est évolutif, qu'il soit aigu ou chronique. *L'anomalie* (toute petite taille, laideur ou déformation par exemple) par contre, est une variation individuelle qui, entre autre, « empêche un être de pouvoir se substituer à un autre de façon complète... elle se situe dans une multiplicité spatiale... » et non dans la temporalité ; « on tombe malade... on est donc malade par rapport à soi », par rapport à son état antérieur, alors que « le propre de l'anomalie, c'est d'être constitutionnel, congénital, même si l'apparition retarde par rapport à la naissance », dit encore C. Canguilhem qui ajoute : « l'anomal (qu'il distingue de l'anormal), ce n'est pas le pathologique. Pathologique implique pathos, sentiment direct et concret de souffrance et d'impuissance, sentiment de vie contrariée... ». La notion de *handicap* (sensoriel ou moteur par exemple) recouvre, elle, l'état d'incapacité à faire une activité, la limitation des possibilités du sujet ; selon l'O.M.S., l'enfant handicapé physique ou physiquement diminué « se trouve pendant un laps de temps appréciable, dans l'impossibilité liée à son état physique, de participer pleinement aux activités de son âge... ». Un handicap peut être inné ou acquis.

Ceci dit, ces notions peuvent évidemment se recouper en pratique. Ainsi, une anomalie peut représenter un handicap, une infirmité : c'est le cas, par exemple, d'un nanisme ou bien d'une anomalie congénitale au niveau des membres, même mineure comme une syndactylie (doigts reliés les uns aux autres) ; l'hémophilie est à la fois une anomalie en raison de sa tendance hémorragique, un handicap en raison des précautions et des limitations qu'elle impose, une maladie par ses complications éventuelles. On peut remarquer encore que ce peut être le médecin qui transforme une simple anomalie en maladie aux yeux de l'enfant et de sa famille ; ainsi, par exemple, quand face à un simple retard statural, il multiplie les examens cliniques et paracliniques, les consultations, les traitements, les contrôles, etc. D'autre part, certaines maladies représentent essentiellement un handicap d'ailleurs parfois très réduit : certains diabètes, certaines cardiopathies bien tolérées en sont des exemples.

Etudier les effets psychologiques de la maladie somatique d'un enfant implique d'un certain point de vue l'abord de nombreux paramètres, entre autres :

- la maladie, sa nature, sa gravité, sa durée, sa symptomatologie ;
- les modalités d'examen, de surveillance, de soins ;
- l'âge de l'enfant, sa vie affective et sa personnalité ;

- la constellation familiale et en particulier la place de l'enfant au sein de celle-ci aux plans conscient et inconscient ;
- les attitudes et paroles du médecin et des divers soignants, etc.

Ceci indique d'emblée le caractère illusoire et superficiel des « profils psychologiques » caractéristiques de telle ou telle affection somatique et la difficulté d'apprécier le retentissement de celle-ci chez l'enfant et sa famille.

Bien entendu, dans les lignes qui suivent, nous ne pouvons que décrire les réactions psychologiques habituelles tant de l'enfant malade que de sa famille, puis aborder quelques problèmes particuliers, ceux de l'hospitalisation, de l'intervention chirurgicale et de la maladie mortelle.

I - LES REACTIONS PSYCHOLOGIQUES A LA MALADIE PHYSIQUE

La maladie chez l'enfant provoque un certain nombre de modifications ; à côté des modifications physiques : changement dans le vécu de l'état corporel, existence de douleurs, de fièvre, de fatigue, surviennent des modifications psychologiques ; celles-ci concernent à la fois l'enfant et son entourage, tant à leur niveau propre que dans leurs inter-relations. Les changements se manifestent à un double niveau, celui d'une *réalité* rendue plus ou moins frustrante et pénible, celui de l'*imaginaire*, en mobilisant un certain nombre de fantasmes et plus ou moins d'angoisse. En définitive, cette angoisse est fonction de ce que représente la maladie pour chacun et de la signification qu'elle prend pour lui.

A) LES REACTIONS DE L'ENFANT

1) La maladie représente une double agression interne et externe

En effet, chez l'enfant, une maladie physique a toute chance de se présenter comme une agression à la fois interne et externe (la souffrance interne, l'examen, les soins, les privations, restrictions, etc.) à laquelle il doit se soumettre. Cette soumission imposée par la maladie et sollicitée au nom de la thérapeutique fait partie d'une modification générale des demandes de l'adulte à son égard. Alors que précisément l'enfant habituellement encouragé dans ce sens par les adultes est en train d'acquérir progressivement un certain degré de maîtrise sur ses fonctions corporelles et d'autonomie à la fois physique et psychique, il doit, là, se laisser déposséder de cette maîtrise de son corps devenu objet de surveillance pour les autres qui exercent, à juste titre, droit de regard et de pouvoir sur lui, et revenir à un état antérieur de dépendance et de passivité. Il existe donc une souffrance psychologique liée d'une part aux privations, aux limitations, aux changements apportés par la maladie et d'autre part aux fantasmes angoissants centrés sur le corps, souffrance plus ou moins importante et plus ou moins bien maîtrisée par l'enfant, nous allons voir comment.

2) La confusion maladie-punition

Pour se défendre contre l'angoisse et certains fantasmes, « l'enfant construit de façon plus ou moins élaborée une interprétation de sa maladie, comme pour donner un sens à cet ensemble insensé et destructeur, et ceci, le plus souvent en termes de faute-culpabilité et punition » (G. Raimbault). Comme le disent fort bien A. Freud et Th. Bergmann, « dans l'esprit de beaucoup d'enfants est ancrée solidement la croyance selon laquelle ils seraient eux-mêmes responsables de leur maladie, punition méritée par toutes sortes de méchanceté, de désobéissances, d'ordres non suivis, de masturbation... Ce sentiment de culpabilité résulte des habituelles pulsions agressives de l'enfance... des idées aussi aberrantes peuvent, même lorsqu'elles provoquent le désarroi, n'avoir qu'assez peu d'import-

tance pour l'enfant physiquement sain ; elles acquièrent pourtant chez un enfant sérieusement malade une signification prédominante, car elles minent son énergie à combattre la maladie, en créant un comportement faux, masochiste et maladivement passif en face de la souffrance ».

On peut remarquer que ces sentiments de responsabilité et de culpabilité trouvent d'un certain point de vue leur confirmation pour l'enfant dans des punitions fréquemment évoquées par les parents en dehors de toute maladie, lorsque ceux-ci sont mécontents : l'appel du médecin, les piqûres, le maintien dans la chambre, l'absence de repas par exemple.

3) Les attitudes de l'enfant face à sa maladie

Face à la maladie, l'enfant va réagir de manière variée. Ces attitudes sont à la fois l'expression de ses réactions affectives (colère voire rage, tristesse, angoisse) et des mécanismes de défense qu'il utilise contre l'émergence de ces affects : ceux-ci sont essentiellement le refoulement, la régression, la projection par laquelle l'enfant attribue à l'autre ce qu'il méconnaît de lui, les formations réactionnelles qui sont des attitudes de sens opposé à celles qui sont refoulées, l'identification, en particulier l'identification à l'agresseur, la dénégation.

Ainsi peut-on voir, soit des *attitudes régressives* faites de passivité, d'une demande et même d'une exigence de soins, d'attention, tout à fait inhabituelles ; soit *une attitude de retrait*, l'enfant se retirant de toute activité, semblant se concentrer sur son corps et manifestant à la fois ennui et lassitude ; soit encore *des attitudes de refus* de la maladie ou bien encore de dénégation des sentiments pénibles qu'elle entraîne, elle-même ou ses conséquences d'hospitalisation, d'exams ou de traitements douloureux ; soit enfin *des attitudes agressives* à l'égard de tel ou tel adulte, le médecin, la mère, l'infirmière par exemple, comme s'il était responsable du mal.

Si l'angoisse est trop intense, les « séquelles » psychologiques peuvent prendre la forme soit de phobies, soit de sentiment de culpabilité permanent, soit d'un renforcement des pulsions agressives dirigées contre les autres ou retournées contre soi ou encore d'une régression partielle ou globale.

4) Y a-t-il des réactions particulières en fonction de la maladie ?

Il est intéressant de citer là, à nouveau, A. Freud et Th. Bergmann (in « les enfants malades », p. 142) : « les enfants malades dont nous venons de parler souffrent de maladies souvent graves et de longue durée (affections rhumatismales, cardiaques, etc.). Cela ne veut pas dire que les conclusions tirées de l'observation de ces enfants ne pourraient en aucune manière s'appliquer aux maladies infantiles habituelles ou aux malaises éphémères des années d'enfance. Si grande que puisse être la différence entre ces deux formes de maladies, elles sont l'une et l'autre peu ou prou identiques en ce qui concerne les réactions affectives des enfants, et la réalité extérieure a moins d'importance en l'espèce que l'état de maladie considéré dans ses répercussions sur le monde intérieur de l'enfant ».

a) Maladies aiguës et maladies chroniques

« En ce qui concerne la *durée* différente des maladies chroniques et aiguës, nous nous attendions sûrement à une attitude très différente des enfants à leur égard ; mais là aussi, c'est à notre étonnement, le contraire qui se passe. Pour l'entourage adulte, il y a un monde de différence entre une brève période de repos au lit (de 3 jours ou d'une semaine) d'un enfant ayant une angine et le séjour à l'hôpital d'un enfant banni pendant des mois ou des années de l'univers des bien-portants ; pour les enfants eux-mêmes, surtout pour les plus jeunes, aucune maladie par contre n'est brève... Ce que le monde ambiant ne prend pas assez en considération ici, c'est le fait que l'individu n'acquiert que relativement tard dans son existence la sensation objective de la fuite du temps... Comme chaque maladie entraîne privations et limitations, *chaque maladie, même brève, est « longue » au sentiment de l'enfant...* », écrivent encore A. Freud et Th. Bergmann.

On peut cependant dire que l'intégration psychique d'une maladie chronique implique schématiquement plusieurs étapes. Dans la phase aiguë, chacun est mobilisé par la lutte contre le mal phy-

sique ; puis vient un sentiment de chaos et d'impuissance ; une troisième étape est marquée par des réactions de défense, voire de négation, concernant la gravité du mal, son irréversibilité ; enfin, lorsque l'invalidité, si minime ou si grave soit-elle, est admise, une dépression peut survenir, sous-tendue à la fois par de l'agressivité et des réactions de deuil. Pour ce dernier point en effet, la perte définitive subie du fait de la maladie et se traduisant par une privation au niveau du fonctionnement et du plaisir du corps équivaut à la perte d'un objet d'amour et entraîne les mêmes réactions de deuil.

Ces différentes étapes décrites ici séparément, sont en fait intriquées si bien que les enfants atteints de maladie chronique se présentent sous des aspects variables. Les uns revendiquent avec agressivité leur indépendance, rejetant ou niant leur maladie, résistant aux soins, parfois de façon quasi-suicidaire. D'autres, dépendants à l'extrême, acceptent passivement maladie et soins, profitant des bénéfices secondaires. Enfin, bon nombre semblent s'adapter à la réalité, assumer la maladie et trouvent des compensations pour la perte subie.

b) *Maladies « externes » et « internes »*

Le fait que la maladie soit à l'intérieur du corps, cachée en quelque sorte, ou au contraire à l'extérieur, visible, ne semble pas indifférent. Les constatations par A. Freud et Th. Bergmann « de différences frappantes entre les malades orthopédiques et ceux atteints d'affections cardiaques » vont dans ce sens.

Ainsi *les malades orthopédiques* (ostéochondrite de la hanche opérée, interventions osseuses diverses, immobilisations plâtrées, etc.) leur apparaissent-ils, « abstraction faite de quelques exceptions, accepter assez volontiers les limitations et contraintes liées à leur traitement » ; les problèmes se posent plutôt lorsqu'on leur impose une mesure supplémentaire et inattendue ou bien lors de l'enlèvement du plâtre. Cette acceptation est reliée d'abord « au caractère saisissable et visible des installations orthopédiques... il semble en quelque sorte que la réalité brutale et sans fard de la situation, justement son caractère concret, ait une action apaisante et contribue à tenir en échec des fantasmes et des angoisses sans rapport avec le réel ». Par ailleurs, « les enfants en traitement orthopédique sont aussi fortifiés par la situation en groupe, grâce à quoi ils prennent conscience de la communauté de leur destin ; du fait qu'ils doivent se soumettre à des limitations identiques ou analogues, que la plupart d'entre eux provisoirement ne peuvent plus se mouvoir à leur guise ; qu'ils sont tous à l'hôpital pour recouvrer ce qu'ils ont perdu ».

A l'opposé, *les enfants cardiaques* font plutôt l'effet d'être déprimés, découragés en de nombreux cas nettement hypocondriaques. « L'absence d'appareillages impressionnants, au lieu d'exercer sur l'enfant une influence tranquillisante, le laisse dans le vide, sans dispositions extérieures pour accrocher ses frayeurs, il ne lui reste plus qu'une souffrance mystérieuse, intérieure, difficile à définir ». Par ailleurs, les enfants cardiaques tirent peu d'avantages de la vie en groupe et même n'en tirent aucun. « Dans l'ensemble concluent ces auteurs, nos enfants cardiaques sont des malades dociles, tristes, n'affichant pas leurs peines... Si on ne les traite pas avec une grande prudence, ils tendent à rompre le contact affectif et à tourner leur intérêt vers leur être intérieur ; leur corps et le battement de leur cœur » font l'objet d'un intérêt tout particulier.

c) *Maladies bénignes et graves*

Même si « la conception de la maladie-punition ne fait pas de différence entre le léger et le grave », même si l'enfant manque de repères pour penser que ce qui se passe en lui est plus ou moins menaçant, il n'en reste pas moins qu'atteint d'une maladie infectieuse grave, d'une leucémie, d'une néphropathie sévère, par exemple, il perçoit avec beaucoup d'acuité l'ambiance environnante, par exemple l'hospitalisation dans un climat d'angoisse et d'urgence, la peur, l'anxiété ou la tristesse de son entourage familial, ses promesses d'amélioration et de guérison non suivies d'effets, ses silences, ses mensonges, le malaise psychologique et même les hésitations techniques de l'entourage médical ; tout cela, bien entendu, majore son angoisse et l'amène par ailleurs à se rendre compte des dangers qui pèsent sur lui, y compris de la mort possible, comme on le verra. Cela nous invite à aborder maintenant les réactions des parents face à leur enfant malade.

B) LES REACTIONS DES PARENTS

Elles sont évidemment très variées ; on peut cependant dire d'emblée qu'elles tiennent beaucoup plus compte de la réalité externe, des caractéristiques mêmes de la maladie, que les réactions de l'enfant. Ainsi, « les différences entre grande et petite maladie, qui pour les enfants eux-mêmes importent si peu, sont de la plus haute importance pour le comportement du monde ambiant des adultes. Les parents, médecins et membres du personnel soignant, sont habitués à juger des cas avec objectivité et réalisme et manifestent peu de compréhension pour les angoisses des enfants, pour autant qu'elles se rapportent à des choses qui ne peuvent manquer de paraître anodines aux yeux de la raison, telles les nécessaires visites au dentiste, les injections, les vaccinations, etc. Leur sympathie ne s'éveille qu'au moment où les dangers intérieurs et extérieurs, les menaces subjectivement éprouvées et objectivement présentées pour la vie et la santé de l'enfant arrivent à coïncider » (A. Freud et Th. Bergmann).

La souffrance des parents, leur angoisse, notamment celle de la mère et ce d'autant plus que l'enfant est petit, ne manquent pas d'apparaître cependant quand leur enfant tombe malade et qu'ils sont encore dans l'inconnu. D'un certain point de vue, dans le cas de la maladie aiguë, le diagnostic médical est, sinon le commencement de la guérison, du moins celui de la prise de contrôle sur le mal et permet d'envisager sa fin ; les parents sont soulagés alors d'une partie de leur angoisse. Au contraire, lorsqu'il s'agit d'une maladie chronique, le diagnostic signe la fin d'un état, celui de bonne santé. D'une certaine manière, l'évolution va passer par les mêmes étapes que celles décrites chez l'enfant un peu plus haut. Si le délai nécessaire avant la certitude du diagnostic peut, dans certains cas, laisser aux parents le temps de s'adapter, souvent l'annonce de la maladie agit comme un coup de tonnerre, paralyse ou au contraire induit une activité fébrile, en particulier une recherche forcenée pour trouver un espoir, un démenti.

De même que pour l'enfant, surtout si elle est chronique ou grave, la maladie agit chez les parents comme une agression, qui réactive leurs problèmes personnels et suscite une *quête étiologique* pour justifier ce mal injuste, une recherche du responsable. On inculpe suivant les cas l'enfant malade, un autre membre de la famille, la lignée héréditaire, le destin, Dieu, le médecin, ou bien soi-même. Ce sentiment de *culpabilité* est particulièrement important en cas de maladie grave ou d'ambivalence notable envers l'enfant préexistant à la maladie. Par ailleurs, les parents peuvent vivre cette maladie comme une *atteinte narcissique* personnelle. Il est tout à fait évident que la maladie somatique d'un enfant agit comme révélateur de la problématique relationnelle de cet enfant et de sa famille, mais aussi des parents entre eux, et de chaque parent en particulier.

Bien entendu, en cas de maladie mortelle, c'est un très dramatique et très difficile travail de deuil qui est à faire.

II - L'HOSPITALISATION

L'hospitalisation représente pour l'enfant une situation totalement nouvelle et différente de ce qu'il a connu jusqu'alors, une situation où brutalement il perd ses parents et se retrouve hors de son cadre familial, aux mains d'inconnus qui prennent possession de lui, de son corps, pratiquent un certain nombre d'exams ou de soins bien souvent douloureux, lui imposent des mesures restrictives telles que l'isolement, le régime, l'inactivité physique, soit en raison de la maladie, soit pour la bonne marche de l'organisation hospitalière, tout en maintenant avec lui des échanges affectifs et verbaux le plus souvent réduits au minimum dans un collectif anonyme.

De façon à peu près constante, l'effet psychologique immédiat est un éveil de l'angoisse, d'une angoisse de séparation et de confrontation à un monde inconnu donc dangereux, face à laquelle l'enfant met en œuvre des mesures psychiques plus ou moins efficaces de contrôle et de défense. Les réactions de l'enfant dépendent de son âge, de l'organisation antérieure de sa vie affective, et de ses rela-

tions avec ses parents, des réactions personnelles de ceux-ci à cette hospitalisation, de son degré d'information sur l'hospitalisation, de la durée de celle-ci, de l'attitude du personnel hospitalier, de la fréquence des visites, etc.

Les capacités d'intégration de cette angoisse sont le plus rapidement et le plus massivement débordées chez *les enfants de moins de trois ans*. On peut rappeler là, après la phase de choc initial, les trois phases décrites par J. Bowlby, lors d'une séparation prolongée du tout jeune enfant d'avec la figure maternelle habituelle : phase de protestation active et bruyante, phase de désespoir avec état de retrait, phase de détachement et d'apparente guérison, l'enfant se laissant faire par l'entourage et semblant sociable. Ainsi peut-on voir au début, des pleurs, un état de panique, des hurlements, des moments de colère, de rejet à la vue des parents, des manifestations somatiques de l'angoisse : vomissements, diarrhées, etc. D'un certain point de vue, les manifestations de protestation active et bruyante, même si elles ne sont pas toujours bien tolérées par le personnel, sont rassurantes d'un point de vue psychologique et témoignent des capacités de réagir de l'enfant ; les manifestations régressives sont, elles, à condition qu'elles ne soient pas trop massives, en règle bien tolérées par le personnel. Par contre, *les attitudes dépressives de repli sur soi*, de retrait et de désintérêt pour l'environnement, témoignent d'une profonde souffrance dépressive de l'enfant et peuvent être méconnues ; à ce double titre elles sont inquiétantes.

Au-delà de trois ans, la verbalisation permet la communication entre l'enfant et son entourage, et l'angoisse objective de séparation paraît généralement moindre. Cependant, comme le remarque G. Raimbault, même acceptée objectivement, l'hospitalisation est intégrée et rapportée dans le psychisme de l'enfant à d'autres expériences de séparation ou d'isolement déjà vécues et dont elle représente la répétition, à des fantasmes d'abandon, d'attaque et de mort dont elle représente l'actualisation. Là encore, ce sont les enfants dépressifs où l'angoisse d'abandon et la culpabilité sont particulièrement actives et se manifestent dans des conduites de retrait et de grande passivité, qui semblent particulièrement menacés d'un point de vue psychologique. Les enfants plus âgés ont des capacités de contrôle plus efficaces : la rationalisation, l'identification à un adulte (en particulier le soignant), la sublimation, leur permettent de mieux supporter la situation. L'adolescent, cependant, se montre très atteint par l'hospitalisation comme par la maladie en ce qu'elle intervient au niveau de ses relations avec son propre corps, ici littéralement dénudé, exhibé au regard de l'adulte, ceci au mépris de ses sentiments de pudeur exacerbés.

Après l'hospitalisation, ces réactions psychologiques peuvent persister quelques semaines, plus longtemps chez le tout-jeune enfant, qui garde la marque de ce qui a été vécu comme un véritable traumatisme. De même, les hospitalisations prolongées agissent, bien souvent, comme une privation affective avec ses conséquences sur le développement de la personnalité.

Les implications pratiques de ce que nous venons de dire sont évidentes et fort importantes, tant dans la préparation de l'enfant à l'hospitalisation par les parents, dans le maintien d'une communication aussi riche que possible entre eux et l'enfant pendant cette période, que dans l'organisation de la vie de l'enfant à l'hôpital, le souci du personnel d'assurer le maximum de confort psychologique authentique par sa propre disponibilité auprès de l'enfant et son acceptation de la présence des parents, lorsque celle-ci ne constitue pas réellement un obstacle aux soins qui, par ailleurs, doivent être le plus personnalisés possible.

III - LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

Il est difficile de dissocier les effets de l'hospitalisation de ceux des interventions chirurgicales. Celles-ci représentent cependant une expérience supplémentaire que l'enfant va vivre comme une intrusion au niveau de son corps, *une intrusion qui peut éveiller l'angoisse*, toujours prête à se manifester, *d'être mutilé*, de perdre une partie importante de son corps.

Que l'opération en elle-même soit importante ou minime, ne joue pas un grand rôle en l'occur-

rence. « Les opérations les plus ordinaires des amygdales, des végétations ou d'une hernie provoquent à l'évidence les mêmes états de panique angoissée... Pour l'imagination de cet âge, l'extraction d'une dent, d'une prise de sang ou la crevaison d'un abcès peuvent entraîner le même traumatisme que l'amputation de membres ou la perte d'un œil... » (A. Freud et Th. Bergmann).

L'enfant est amené à attribuer différentes significations à l'opération qui peut, selon les âges et l'évolution affective de l'enfant, être assimilée tantôt à une castration, tantôt à une transformation de sexe ou de personnalité, tantôt à un accouchement ou encore à un rite d'initiation marquant le passage à l'état adulte. « Sa valeur d'exorcisme (« on va enlever le mauvais ») reflète l'interprétation la plus courante d'une punition pour un mal dont l'enfant serait fautif ». (G. Raimbault). Ces différentes significations peuvent être élaborées ou fixées à partir de l'organe ou du lieu de l'opération. Il n'est guère besoin de dire ce qu'une simple section du prépuce dans un phimosis peut signifier pour un garçon. Mais de manière moins évidente mais tout aussi réelle, une amygdalectomie, par exemple, peut revêtir la même signification de castration.

Alors que l'opération elle-même est le thème d'angoisse majeur pour les enfants de 4 à 10-11 ans, *l'anesthésie* l'est surtout pour les enfants plus âgés ; elle peut être source d'une grande angoisse en ce qu'elle va supprimer le contrôle de soi... et des autres, l'enfant paniqué lors de l'endormissement se sent alors livré à tous les fantasmes de mort, de punition qu'il maîtrise à l'état de veille, mais aussi à tous ses fantasmes hétéro-agressifs ou sexuels que normalement il essaie de contenir.

Ceci pose le problème de *la préparation à l'opération*, du rôle des parents et du personnel soignant. Chaque enfant a le droit d'être prévenu avant toute opération aussi minime soit-elle. Cette préparation est délicate, car insuffisante, elle n'est d'aucun effet ; trop importante ou mensongère, elle augmente l'inquiétude ; enfin, elle n'est possible qu'à travers le langage : elle est donc pratiquement irréalisable pour les tout-jeunes enfants qui sont précisément ceux pour qui la séparation et l'opération sont les plus traumatisantes. Dans ces cas, la présence des parents où l'accueil et l'ambiance de l'hôpital jouent un rôle prépondérant dans la façon dont le jeune malade intègre cette expérience.

IV - LA MALADIE MORTELLE

Les discussions sur la conduite à tenir devant un enfant atteint d'une maladie mortelle sont invariablement centrées sur la question : « Qu'est-ce qu'un enfant de cet âge peut savoir de la mort ? ». Nous avons abordé dans le premier volume (lors de l'étude des conduites suicidaires) cette question de la représentation de la mort chez l'enfant et montré que si la maîtrise intellectuelle de la notion de mort était relativement tardive, en fin de période de latence, la dimension affective du problème pour l'enfant confronté à la mort d'une personne à laquelle il est très attaché ou même à sa propre mort, lorsqu'il est très malade, l'amenait à percevoir beaucoup plus tôt le caractère irréparable de la disparition, de la séparation et de la perte qu'elle entraîne.

Les observations d'enfants au pronostic éventuellement mortel montrent, dans la majorité des cas, la connaissance sinon la certitude que l'enfant a de son destin. Dès l'âge de 5-6 ans, l'idée de la mort apparaît très précise dans des descriptions réalistes avec l'évocation des sentiments des survivants, avec aussi un sentiment de culpabilité à l'égard de ceux-ci en raison du mal et de la souffrance que l'enfant sait devoir leur infliger. Les tentatives de dégagement de l'angoisse se présentent, indépendamment de l'âge de l'enfant, sous les formes variées de la dénégation surtout, mais aussi parfois dans le fait d'en parler. Lorsque l'enfant dit qu'il va mourir, cela survient, comme le notent J.M. et N. Alby, sauf dans les derniers moments, au cours de brusques mouvements émotionnels qui débordent ses défenses psychologiques habituelles ; c'est le cas lors d'une réhospitalisation, de la répétition d'examens redoutés, de la prolongation non prévue de l'hospitalisation, donc devant une agression ou un accroissement des tensions psychologiques. L'enfant s'en sert pour menacer les autres, ou pour obtenir une réduction de cette tension, en échappant à l'épreuve. Dans de tels moments, l'enfant peut dire à sa mère : « j'aime mieux mourir que retourner à l'hôpital... puisque je vais mourir, ce n'est pas la peine... ».

A la période terminale, s'il n'est pas submergé par le malaise physique, l'enfant a envie de parler de ce qui le menace ; mais certains ne disent rien, refusent les soins ; la mère peut être englobée dans le refus massif du monde extérieur ; l'enfant s'isole comme s'il fuyait en avant de l'abandon qu'il redoute, ou qu'il ne supportait plus ceux qui vont le quitter, qui l'abandonnent et ne savent plus lui porter secours. Un des seuls moyens de le soulager, en dehors des sédatifs, des antalgiques, est le contact corporel et, si l'enfant l'accepte, la verbalisation exprimée pour lui de ce que nous pouvons connaître de sa souffrance, de sa peur de l'abandon et de l'isolement.

En définitive, quelles que soient ses attitudes manifestes, l'enfant souhaite et a besoin d'une aide. Malheureusement, le plus souvent, il ne trouve que des adultes qui veulent le rassurer et faire comme si tout allait bien. Cela ne fait qu'accentuer son isolement, aggraver ses difficultés de communiquer à autrui ce qu'il ressent. L'aboutissement est la rupture des contacts, l'arrêt des échanges *laissant seul l'enfant avec son angoisse dans un silence et une solitude prématurée préfigurant la mort réelle.*

BIBLIOGRAPHIE

ALBY (N.), ALBY (J.M.). — L'intervention psychologique dans un centre de recherches et de traitement d'hématologie. Travail portant sur les leucémies de l'enfant. *Psychiat. Enfant*, 1971, 14, pp. 465-501.

CANGUILHEM (G.). — Le normal et le pathologique. 1 vol., P.U.F., 1975, 3^e édit., 222 p.

FREUD (A.), BERGMANN (Th.). — Les enfants malades. 1 vol., Privat édit., 1976, 202 p.

RAIMBAULT (G.). — Conséquences psychologiques de la maladie physique. In R. DEBRE, M. LELONG, Pédiatrie, Flammarion édit., mise à jour 1970, pp. 1930 à 1931 b.

RAIMBAULT (G.). — L'enfant et la mort. 1 vol., Privat édit., 1975, 222 p.

RAIMBAULT (G.). — Médecins d'enfants. Onze pédiatres, une psychanalyste. 1 vol., Edit. du Seuil, Paris, 1973, 299 p.

L'enfant malade. Numéro 34 de la revue. Perspectives psychiatriques, 1971, 82 p., avec des articles de Ph. Mazet et coll., G. Ph. Guasch, H. Stork et coll., G. Raimbault et coll., N. et J.M. Alby, H. Lawrence, C. Guedeney et coll., A. Naouri.

PSYCHOPATHOLOGIE SUIVANT L'ÂGE

INTRODUCTION

Les manifestations psychopathologiques évoluent considérablement suivant l'âge de l'enfant. De nombreux facteurs concourent à cette évolutivité des troubles. On peut en repérer trois principaux :

1) plus l'enfant est jeune, moins les tensions et conflits psychiques s'expriment par des symptômes intra-psychiques définis et plus ils donnent naissance à des troubles à expression corporelle, troubles fonctionnels ou instrumentaux. Il y a, de manière générale, une tendance à l'*intérieurisation* et à la *mentalisation*, qui croît avec l'âge ;

2) le développement donne lieu à des *crises*, au cours desquelles tout l'équilibre psychique est remis en question. Ces crises sont l'occasion de beaucoup de manifestations symptomatiques souvent sans lendemain. Elles peuvent être aussi le moment d'organisation de structures psychopathologiques nouvelles. On peut repérer comme principales crises de développement : l'angoisse du 8^e mois et l'établissement de la relation d'objet — la phase œdipienne (de 3 à 6 ans en moyenne) — la puberté et l'adolescence ;

3) l'évolution des circonstances extérieures et des exigences de l'entourage influence beaucoup l'expressivité des troubles et les motifs de consultation. Les grandes étapes évolutives sont :

- *l'entrée à l'école maternelle*, vers 2-3 ans, qui est pour la plupart des enfants la première expérience de séparation un peu prolongée d'avec la mère et de socialisation ; les difficultés ou les troubles d'individuation se révèlent souvent à cette occasion ;

- *l'entrée à l'école élémentaire* vers 6 ans, qui confronte l'enfant aux apprentissages et impose des contraintes renforcées ; à partir de cet âge, les problèmes scolaires deviennent souvent prédominants, soit du fait de l'inquiétude des parents focalisée sur la scolarité, soit parce que la situation d'apprentissage scolaire révèle des troubles latents jusque-là ;

- *l'adolescence* marquée par une émancipation progressive, une conquête de l'autonomie dans les loisirs, dans les fréquentations, qui créent des conditions toutes nouvelles, qui sont souvent l'occasion de tensions entre l'adolescent et ses parents. Les pressions contradictoires du groupe des contemporains et du groupe familial suscitent des conflits. Bientôt l'insertion dans le monde du travail, l'accession à la majorité légale, donnent à l'adolescent de nouveaux degrés de liberté, mais le confrontent à de nouvelles exigences. Une grande part de la psychopathologie de l'adolescent est liée aux changements rapides de sa condition sociale et familiale. Il ne faut pas bien sûr réduire la pathogenèse des troubles de l'adolescence à une dimension purement réactionnelle, mais on ne peut méconnaître l'influence des facteurs psycho-sociaux.

Les chapitres qui suivent sont consacrés à la psychopathologie spécifique de certaines tranches d'âge. Nous avons retenu la division suivante : nourrisson (0 à 18-24 mois) — enfant jeune (18-24 mois à 6 ans) — âge scolaire (6 à 12-13 ans) — adolescence (à partir de 13-14 ans). A propos de chacune de ces périodes, nous nous interrogerons sur ce qui amène les enfants à consulter et nous développerons plus particulièrement les aspects de la psychopathologie infanto-juvénile qui n'ont pas trouvé place dans les chapitres précédents : carences affectives chez le nourrisson — difficultés des apprentissages scolaires (lecture, calcul), phobie scolaire chez l'enfant d'âge scolaire.

Le chapitre consacré à la psychopathologie de l'adolescence est le plus développé. Plutôt que de décrire une forme clinique particulière à l'adolescence pour chacune des organisations psychopathologiques que nous avons étudiées, ce qui eut été artificiel, nous avons préféré regrouper les problèmes psychopathologiques de l'adolescence dans un seul chapitre. L'adolescence pose des problèmes suffisamment spécifiques, pour mériter d'être abordés dans un chapitre séparé.

LE NOURRISSON

De la naissance à la fin de la deuxième année, le nourrisson a fait un pas important sur le chemin de l'individuation. Les grandes acquisitions « instrumentales » tant perceptivo-motrices (la marche entre autres) qu'intellectuelles (introduisant la fonction symbolique), l'accession à une relation d'objet clairement différenciée, représentent les bases fondamentales sur lesquelles repose son développement psychologique ultérieur. C'est pourquoi il existe un grand intérêt pour cet âge ; un intérêt d'ailleurs nouveau de la part des psychiatres, tout au moins en ce qui concerne cette période comme *objet direct* de leur étude et de leur réflexion, car jusqu'alors elle était surtout abordée par voie régrédiente, dans un essai de reconstruction à partir de données recueillies beaucoup plus tard.

Nos connaissances concernant le développement normal et pathologique se sont beaucoup enrichies ces dernières années ; en ce qui concerne la psychopathologie, psychiatres, psychanalystes, psychologues, pédiatres, éducateurs et travailleurs sociaux ont recueilli de multiples données et pourtant nous ne pouvons qu'aller dans le sens de L. Kreisler qui, citant N.H. Greenberg, fait remarquer qu'en pratique les problèmes posés par le développement du nourrisson ne sont pas vraiment reconnus, sont volontiers ignorés et leur importance minimisée. Trop souvent, ces problèmes sont écartés et l'on fait à tort la prévision que l'enfant « s'en sortira »... Nous ne sommes pas assez vigilants face aux premiers signes indicateurs de difficultés de développement et en dépit de notre conviction que les premières influences sur la personnalité future est importante, en général nous n'intervenons pas au moment où ces influences se manifestent en vue de faire obstacle à la continuité et à l'établissement de processus atypiques ».

I - ETUDE CLINIQUE - GENERALITES

Dans la mesure où la très grande majorité des problèmes ou des perturbations du nourrisson a déjà été abordée, soit lors de l'étude du développement, soit lors de l'étude des divers symptômes ou bien celle des troubles dans l'organisation de la personnalité de l'enfant, il ne peut être question ici que de rappeler quelques données générales essentiellement cliniques. Trois grands axes d'étude vont nous guider :

- un axe purement descriptif, sémiologique, envisageant les expressions symptomatiques,
- un axe psychopathologique, structural, repérant les modes de fonctionnement psychique prévalents, les formes d'« organisation mentale » et leur potentialité évolutive ;
- un axe étiologique centré sur l'étude des grands facteurs ou des influences pesant sur le développement.

1) Les expressions symptomatiques

On peut très schématiquement les regrouper en quatre grands groupes : l'expression somatique, les troubles dits « instrumentaux » ou encore appelés troubles spécifiques du développement, les troubles du comportement et enfin les signes directs de la souffrance intra-psychique.

Il ne s'agit pas, bien entendu, d'un cloisonnement étanche, les associations symptomatiques ne sont pas rares, en elles-mêmes d'ailleurs suggestives.

Enfin, cette perspective est purement sémiologique et se tient à l'écart de toute considération étiologique, même si on peut à l'occasion repérer certaines corrélations entre une expression symptomatique et un facteur étiologique.

a) *Les troubles à expression somatique*

Les troubles somatiques sont au premier plan bien souvent et constituent une modalité d'expression tout à fait privilégiée sur laquelle ont insisté depuis quelques années de nombreux travaux, soit pédiatriques, soit psychiatriques et psychanalytiques, soit multidisciplinaires réunissant des praticiens de disciplines différentes.

Cette expression somatique qui a fait l'objet d'un chapitre spécial du premier volume et a été abordée à nouveau dans le chapitre « troubles psychosomatiques » est, rappelons-le, très diversifiée :

— dans son siège : soit localisé (trouble alimentaire, par exemple) ou général (retard de croissance statural par exemple) ;

— dans sa nature : conduite ou attitude corporelle d'ordre relationnel (refus alimentaire par exemple), trouble fonctionnel proprement dit concernant la vie végétative, la vie des organes (diarrhée par exemple), ou bien véritable maladie à participation psychosomatique (certains asthmes par ex.) ;

— dans son importance : trouble banal mineur (l'anorexie commune du 2^e semestre par exemple) ou bien perturbation fonctionnelle grave (par ex. certaines anorexies très précoces et massives ou bien certains mérycismes) ;

— dans sa participation psychologique : évidente (par exemple dans la conduite d'opposition et d'affirmation de soi de bien des anorexiques, ou les vomissements lors d'une séparation), ou au contraire beaucoup plus cachée voire hypothétique (certaines fièvres, certaines infections à répétition par exemple), avec tous les degrés intermédiaires dans cette participation psychologique.

Voici réunis en un tableau (tableau n° III) empruntant beaucoup à L. Kreisler, les principales manifestations somatiques pouvant être reliées, le cas échéant, au moins en partie, à une souffrance ou un malaise psychologique chez le nourrisson.

Ce sont évidemment les médecins qui sont consultés pour ces troubles. Il est capital qu'ils les rattachent au contexte dans lequel ils surviennent, à d'éventuelles difficultés relationnelles entre l'enfant et sa mère.

b) *Les troubles dits « instrumentaux »*

Ces troubles concernent le développement des grandes fonctions (perception et motricité, intelligence, langage) impliquées dans les relations de l'enfant avec son entourage. Ce sont donc les moyens utilisés par cet enfant pour se connaître, connaître le monde extérieur et agir sur lui, qui sont donc là affectés.

Tableau n° III

TROUBLES A EXPRESSION SOMATIQUE DU NOURRISSON

Troubles à expression nerveuse

Troubles du sommeil : insomnie, attaque d'angoisse nocturne, hypersomnie.
Syncopes, convulsions.

Troubles alimentaires

Refus alimentaire, anorexies
Inadéquations motrices : absence de mastication, persistance de la déglutition primaire
Sélections alimentaires
Absorptions alimentaires aberrantes, pica, boulimie, polyphagie
Potomanie

Troubles digestifs

Vomissements, mérycismes, syndrome des vomissements cycliques
Coliques du premier trimestre, douleurs abdominales
Colites ou recto-colites, mégacôlon psychogène
Diarrhées

Troubles sphinctériens

Troubles dans les apprentissages de la propreté
Constipations
Pollakiurie

Troubles respiratoires

Spasme du sanglot, angoisse du souffle
Asthme

Troubles tonico-moteurs

Hypotonies, hypertonies, dystonies plus ou moins localisées
Maladresse, anomalies de la marche ou de la préhension
Troubles posturaux

Troubles cutanés

Eczéma, urticaire, pelade

Syndromes généraux

Troubles de la croissance (par ex. nanisme psychogène)
Obésité
Fièvres inexpliquées, infections à répétition
Troubles allergiques

Plusieurs points méritent d'être rappelés au sujet de ces troubles :

— Le développement de ce secteur du psychisme est *en très étroite interrelation avec l'évolution de la vie affective*. On peut même dire qu'il est artificiel, voire dangereux, de distinguer plusieurs domaines dans le développement psychologique de l'enfant, si cette distinction est reçue comme une séparation, un clivage entre plusieurs secteurs. La vie affective de l'enfant, le plaisir qu'il trouve dans ses échanges avec sa mère représentent des éléments déterminants dans l'ensemble du développement.

Cela nous amène à rappeler que deux types de facteurs pèsent sur l'évolution de l'enfant :

: *les facteurs de l'équipement* neuro-biologique ; des caractéristiques de celui-ci, de son intégrité ou au contraire d'éventuelles altérations pré, péri ou post-natales, va dépendre bien sûr le développement. Le problème est donc en pratique à la fois de ne pas méconnaître ces altérations mais aussi à l'inverse, de ne pas invoquer à tort de prétendues et hypothétiques perturbations (lésionnelles ou fonctionnelles cérébrales, par exemple), alors qu'il s'agit de tout autre chose ;

: *les facteurs liés à l'investissement* de ces fonctions par l'enfant. Les expériences relationnelles, le vécu de l'enfant au sein de ses échanges affectifs avec l'entourage, lors de la découverte de son corps, de ses nouvelles possibilités d'action, de manipulation des objets, de locomotion, d'expression verbale, de connaissance, etc. sont primordiaux quant à son intérêt porté à celles-ci, à son désir de progresser.

Il n'est pas suffisant par ailleurs que les fonctions se soient développées et puissent fonctionner ; il faut encore que ce fonctionnement soit appliqué aux objets extérieurs et dans la relation à autrui ; bref, que l'enfant ait envie de tels échanges et y trouve du *plaisir*.

— Il existe de *très grandes variations individuelles* tout à fait normales au sein de ce développement des grandes fonctions. Il n'est qu'à voir par exemple l'acquisition de la marche, libre et indépendante, de l'enfant ; les dates d'apparition (entre 10 et 18-19 mois), ses modalités d'apparition (préhension ou non de la marche à quatre pattes), ses caractéristiques (marche d'emblée assurée ou au contraire hésitante), etc) sont très diverses.

— Il ne faut pas s'intéresser par ailleurs qu'aux *retards* de développement, qu'ils soient globaux ou partiels. Certaines *précocités* peuvent être inquiétantes ; par exemple, certaines acquisitions très précoces de la propreté (à 9-10 mois) traduisent un véritable dressage de l'enfant et représentent une information très importante sur les attitudes de l'entourage ; ou bien encore, certaines précocités d'apparition d'un langage très vite hyperinvesti sont l'indice d'une dysharmonie évolutive qu'il y a lieu de prendre en considération.

c) *Les troubles du comportement*

Ces troubles peuvent consister en des *perturbations globales* du comportement soit dans le sens de l'agitation, de l'hyperactivité, voire de l'excitation, d'un accrochage instantané mais fugitif sans retenue vis-à-vis des inconnus, ou bien au contraire dans le sens de l'apathie, de l'inertie ou du retrait.

Leur expression peut être plus localisée, soit sous la forme de *rythmies* (mouvements rythmés) : rythmies diverses de la tête, mouvements céphalogyres, balancements du corps ; soit sous la forme d'*activités en décharge* auto-agressives (se frapper la tête, se mordre, se tirer ou s'arracher les cheveux, etc.) ou auto-érotiques, à localisation orale ou génitale (certaines masturbations précoces) ; soit encore d'*activités stéréotypées*, gestuelles ou verbales. Ces manifestations apparaissent à des moments divers, l'endormissement, le repas, le bain, lors d'une frustration. Bien entendu il est tout à fait normal et habituel qu'un enfant ait des activités auto-érotiques ou auto-agressives (se frapper la tête par exemple contre le montant de son lit) mais celles-ci restent alors dans certaines limites tant sur le plan de leur intensité que de leur importance dans l'ensemble des conduites de l'enfant, montrant bien qu'elles ne traduisent pas de troubles dans l'installation de la relation d'objet.

Un dernier point mérite toute notre attention, c'est l'*incapacité de certains enfants à jouer*, à

manipuler les objets dans un but d'exploration mais aussi d'échange ludique, de transformation, de création et d'invention, à intégrer dans leurs activités de jeu leur entourage, à imiter et à reproduire telle attitude maternelle. Cette incapacité plus ou moins accentuée est le signe d'un fonctionnement psychique non satisfaisant, parfois d'une inhibition et d'une déficience inquiétantes.

d) *L'expression mentalisée*

Il s'agit là de manifestations internes de la souffrance mentale de l'enfant, de manifestations caractérisées qui ne sont plus le vécu très diffus des états de tensions ou des affects de déplaisir du début de la vie. Ce sont des expressions plus différenciées.

Il peut s'agir de *peurs ou de manifestations d'angoisse* intense dans des situations diverses : confrontation à des personnes étrangères, à des objets nouveaux ou à des situations insolites ; elles témoignent, lorsqu'elles sont massives, répétitives, désorganisantes, d'une faillite de la mise en place de mécanismes de défense contre l'angoisse, ce qui est bien autre chose que les possibilités encore insuffisantes du tout jeune enfant de maîtriser l'angoisse liée à des impressions inconnues et responsables des peurs archaïques, et bien autre chose aussi que la normale réaction d'angoisse devant l'étranger à partir du 8^e mois (« second organisateur » de R. Spitz). Il peut s'agir encore de *phobies* massives, précoces et peu organisées : phobies d'un bruit, d'un instrument ménager par exemple (aspirateur, etc.) ou bien phobie d'un objet précis : ballon, animal en peluche, ou bien encore phobie de la défécation, là encore bien différentes des phobies normales plus tardives (vers 3-4 ans) que l'on voit chez l'enfant : phobie de certains endroits obscurs, d'animaux.

Ce peut être encore des *manifestations dépressives*, de retrait, de désespoir et de non-protestation de l'enfant, exprimant un très intense ou violent sentiment de perte irréparable de quelque chose d'essentiel.

Mais à l'opposé, l'absence de manifestations affectives dans des situations qui normalement les engendrent peut être l'indice d'une évolution non satisfaisante : ainsi, l'absence de réactions d'angoisse devant l'étranger ou de pleurs lors du départ de la mère dans le deuxième semestre, comme plus tard la non-apparition de petites phobies vers 3-4 ans.

2) Les modes de fonctionnement psychique prévalents et leur potentiel évolutif.

Il s'agit là de replacer le symptôme au sein du contexte psychique dans lequel il survient. Ainsi, une anorexie peut être tout à fait banale, normale ou réactionnelle à tel événement (une séparation) ou bien encore s'insérer dans une relation psychotique, dans une dépression anaclitique ou dans un contexte préphobique.

Ainsi, quel que soit le symptôme, peut-on se trouver dans des situations bien différentes :

- a) *Des variations normales du développement,*
- b) *Des troubles réactionnels* (ou encore d'adaptation),
- c) *Des troubles de l'organisation de la personnalité.*

Bien entendu, les notions de structure, de fonctionnement mental, n'indiquent pas plus, sinon moins qu'ailleurs, une détermination fixe ou définitive, mais une modalité d'activité mentale prédominante qui peut être épisodique voire fugace, ou au contraire durable. Les troubles peuvent être :

- soit déjà de *type nettement déficitaire*
- ou de *type nettement psychotique* (autistique, symbiotique) avec une ligne évolutive déjà bien tracée et très difficile à redresser comme l'objectivent les premiers soins relationnels (par ex. en début d'hospitalisation de jour pour très jeunes enfants) qui n'arrivent pas par exemple à faire bouger une position autistique fermée, contrairement à ce qui se passe vite dans certains fonctionnements « carentiels » ;
- soit de *type « carentiel »*. Ce terme est bien utilisé là dans une perspective structurale et renvoie à un type de fonctionnement mental d'aspect pseudo-déficitaire ou pseudo-psychotique, que l'on voit lorsqu'il y a une importante carence de « soins maternels », situation que l'on va approfondir

un peu plus loin. Disons là simplement que le double aspect de retard de développement et d'anomalies de la relation (manque d'initiative, pauvreté des échanges, de l'intérêt pour le monde extérieur, voire inertie, conduite de retrait) traduit une vie mentale réduite, en hibernation si on peut dire, qui reste cependant longtemps mobilisable comme le montrent des changements rapides lorsque le nourrisson est placé dans une situation où il va vivre une relation riche, stimulante, chaleureuse.

Ce qu'il nous apparaît important de faire chez ce nourrisson, c'est d'essayer d'évaluer l'importance de sa souffrance affective. De ce point de vue on peut opposer :

- : le peu de souffrance manifeste des enfants vivant une insuffisance de « soins maternels » importante, très précoce et prolongée ;

- : la souffrance apparente, faite de tristesse, de désarroi, de désespoir qui arrive à filtrer chez un nourrisson vivant une situation de déprivation affective, de perte d'une relation fortement investie (« dépression anaclitique » de R. Spitz).

— Les troubles peuvent être encore de type *dysharmonique* se traduisant :

- : soit plutôt dans le registre « instrumental » sous la forme de retards, d'inégalités du développement psychomoteur, de ruptures dans la chronologie des acquisitions, parfois d'une précocité dans certains secteurs contrastant avec le retard dans d'autres ;

- : soit plutôt dans le registre relationnel, l'angoisse apparaissant derrière les phases d'agitation, les colères soudaines, les conduites auto ou hétéro-agressives, l'inhibition, la mise en jeu de rituels rigides ; elle signe d'importantes difficultés dans le déroulement du processus de séparation-individuation (M. Mahler).

3) L'axe étiologique

Cette perspective nous amène à prendre en considération les facteurs éventuellement en cause dans les troubles du nourrisson.

On a l'habitude de bien opposer *les influences organiques* liées soit à une atteinte neurologique lésionnelle ou fonctionnelle, soit à une affection non neurologique, et *les influences d'environnement* liées à des événements importants dans la vie du nourrisson, aux relations familiales et aux aspects socio-économiques et culturels. En fait, il apparaît que les deux types d'influences peuvent s'associer, s'interpénétrer très étroitement à cet âge, qu'il s'agisse des réactions psychologiques du nourrisson et de son entourage secondaires à une maladie physique congénitale ou acquise, qu'il s'agisse d'une attitude de l'entourage propre à laisser évoluer voire apparaître une affection somatique (une déshydratation aigue par ex.), qu'il s'agisse encore d'un fait dont les conséquences sont aux deux niveaux : la prématurité par exemple, avec à la fois son retard de maturation et ses conséquences sur l'investissement de l'enfant par ses parents.

Si l'on aborde ici, très brièvement, le domaine des perturbations relationnelles entre le nourrisson et son entourage, on peut, avec R. Spitz, distinguer les anomalies qualitatives ou les « relations mère-enfant impropres » et les anomalies quantitatives ou « les relations mère-enfant insuffisantes ».

Les relations mère-enfant impropres. Il s'agit là d'une distorsion, d'une inadéquation dans les échanges relationnels entre la mère (ou le ou les substituts maternels) et le nourrisson, entraînant une insatisfaction des besoins affectifs de ce dernier. Nous avons déjà eu longuement l'occasion d'aborder cette question lors de l'étude du développement affectif de l'enfant pendant la première enfance (dans le 1^{er} volume) ; nous y avons longuement décrit les intérêts du nourrisson ainsi que les modalités de son accès à la relation objectale, le faisant passer d'une relation de dépendance absolue à la mère et d'une expérience subjective de fusion à elle, à l'accession à un certain degré d'autonomie, à une différenciation de l'image de soi et à une reconnaissance de la mère. Aussi n'allons-nous pas y revenir. Nous allons simplement faire trois types de remarques.

— Les premières concernent *les tentatives de mise en relation d'un type d'attitudes maternelles considérées comme inadéquates et d'un trouble précis du nourrisson.*

Parmi celles-ci, il faut citer les travaux de R. Spitz sur ce qu'il appelle les troubles psychotoxiques du nourrisson. Voici d'ailleurs le tableau résumant ses conclusions, tiré de « la première année de la vie de l'enfant ».

Attitudes maternelles	Troubles de l'enfant
1) Rejet primaire passif	Coma du nouveau-né (M. Ribble)
2) Rejet primaire actif	Vomissements du nouveau-né et maladies respiratoires
3) Sollicitude primaire anxieusement exagérée	Coliques du 1 ^{er} trimestre
4) Hostilité déguisée en angoisse	Eczéma infantile
5) Oscillation rapide entre gâterie et hostilité agressive	Hypermotilité (balancement)
6) Sautes d'humeur cycliques	Jeux fécaux
7) Hostilité consciemment compensée	Hyperthymie agressive de J. Bowlby

On peut encore dans le même sens évoquer le point de vue de certains théoriciens de « la communication » dans les groupes et les familles, à savoir que « le double lien » (double blind) impose à l'enfant par telle personne de son milieu familial émettant de manière très rapprochée mais dans des registres différents deux signaux parfaitement contradictoires, et ce très fréquemment, est générateur de psychose.

Pour fort intéressants et stimulants que soient de tels travaux, il faut bien reconnaître d'abord que les échanges relationnels entre le nourrisson et sa mère sont très complexes et qu'il est difficile pour ne pas dire artificiel de les décrire en n'utilisant qu'un seul paramètre ; que, par ailleurs en pratique, la réalité ne suit pas forcément cette équation, ce qui n'est guère étonnant car les caractéristiques mêmes du nourrisson, sa manière de percevoir, d'interpréter les attitudes maternelles et d'y répondre, interviennent évidemment dans ses troubles.

— On peut encore remarquer que *les distorsions relationnelles entre le nourrisson et sa mère peuvent en fait renvoyer à plusieurs situations bien différentes* sur les plans pronostique et thérapeutique (même si là encore en pratique elles peuvent être plus ou moins intriquées) :

- une puériculture simplement défectueuse et inappropriée,
- un investissement affectif conflictuel et nettement ambivalent de l'enfant par sa mère, en raison de circonstances ou de facteurs défavorables : enfant non désiré, mère célibataire, grossesse et accouchement particulièrement pénibles, prématurité notable, anomalie physique même objectivement mineure, etc.,
- des troubles pathologiques de la personnalité maternelle, soit franchement névrotiques (phobiques ou obsessionnels), narcissiques ou psychotiques, où les attitudes maternelles à l'égard de l'enfant débordent nettement le cadre d'anomalies de l'investissement de ce seul enfant mais sont à replacer dans des anomalies bien plus générales de la relation d'objet.

— Il faut enfin rappeler que *les interactions au sein de la dyade mère-enfant se font dans les deux sens*, et qu'il est bien difficile parfois d'attribuer à la mère la genèse des désordres relationnels. En effet, ne s'agit-il pas, dans certains cas, de réactions maternelles secondaires à des attitudes très

précocement inadéquates de l'enfant, en raison de particularités qui ne sont pas forcément au début du registre pathologique mais peuvent le devenir à cause de la distorsion relationnelle qu'elles induisent ?

Nous allons maintenant aborder **les relations mère-enfant insuffisantes** en notant que les deux aspects quantitatifs et qualitatifs des anomalies relationnelles sont souvent retrouvés associés en clinique.

II - LES CARENCES AFFECTIVES PRECOCES

A) GENERALITES

Un nourrisson peut vivre toutes sortes d'expériences pathogènes sur le plan psychologique, comme nous venons de le voir. L'expression carence affective précoce ou encore carence de soins maternels ne recouvre que celles qui relèvent d'un *manque quantitatif pour l'enfant, d'une insuffisance d'interaction entre celui-ci et sa mère.*

1) Il est clair qu'une telle condition peut apparaître dans bien des situations. Sans prétendre ici les décrire toutes, sans doute peut-on se pencher, à la suite des **travaux cliniques** effectués dans ce domaine depuis plus de 30 ans (notamment ceux de R. Spitz, W. Goldfarb aux U.S.A., J. Bowlby en Grande-Bretagne, J. Aubry en France) sur trois d'entre elles :

— le nourrisson vit dans une institution, dans une collectivité ou un hôpital où il ne trouve pas de substitut maternel approprié, où il reçoit un maternage insuffisant et où par conséquent il n'a pas de possibilités adéquates d'interaction avec une figure maternelle ;

— le nourrisson vit avec sa mère ou un substitut maternel permanent mais n'en reçoit pas d'apports suffisants et n'a pas avec elle de possibilités d'interaction adéquates ;

— le nourrisson est dans l'incapacité d'avoir avec une figure maternelle pourtant présente et disponible, des échanges suffisants en raison de ruptures antérieures répétées qu'il a eues dans ses liens avec des figures maternelles.

Bref, la carence peut tout aussi bien être *intrafamiliale* qu'*extra-familiale* et être liée soit à un défaut de stimulations et d'apports affectifs de la mère (ou du substitut maternel), soit à l'absence d'un personnage maternel approprié, soit encore à des expériences de séparations précoces et répétées de l'enfant d'avec une figure maternelle.

2) **Quelques travaux expérimentaux chez l'animal**, notamment ceux de J.F. Harlow et coll. (au laboratoire des primates de l'université de Wisconsin) sur le développement social du singe rhésus, apportent des données fort intéressantes, même si la généralisation du primate non humain à l'homme ne peut se faire évidemment qu'avec la plus grande prudence. Nous ne pouvons ici rapporter en détail ces expérimentations plaçant des enfants singes dans des environnements carencés (isolement social total, isolement social partiel sans congénères, ou sans mères, ou avec des mères-mannequins) ; leurs résultats sont décrits dans deux références facilement abordables : l'article cité en référence bibliographique « expérience précoce et développement social du singe rhésus » de St-Suomi, un collaborateur de J.F. Harlow, et l'ouvrage « l'attachement » où ce dernier décrit et commente lui-même ses travaux.

Ce qu'on peut retenir ici, ce sont :

— *les lacunes sociales définitives*, les déficiences sur le plan sexuel et l'incapacité des femelles fécondées (habituellement par insémination artificielle) à être de bonnes mères, quand des singes sont élevés en isolement social total de six ou douze mois ; cette privation est évidemment très longue si l'on tient compte du fait qu'il faut quatre ans seulement pour que le singe rhésus parvienne à la maturité adulte ;

- l'importance des *contacts cutanés* avec la mère ou le substitut maternel ;
- l'importance des *stimulations entre contemporains*, comme le montrent bien les expériences d'élevage de petits singes uniquement avec leurs mères ; des tendances hyperagressives et anti-sociales peuvent persister jusqu'à l'âge adulte ;
- *les possibilités de réparation*, au moins en théorie, comme le suggèrent des expériences de « thérapie » de singes soumis préalablement à un isolement total de 6 mois : la guérison sociale presque complète a pu être obtenue par une interaction progressive avec des singes « thérapeutes » socialement normaux, de 3 mois plus jeunes.

B) LES MANIFESTATIONS CLINIQUES

Dans la pratique, il est bien difficile d'observer des situations pures ; plusieurs facteurs de carence sont volontiers réunis et une distorsion qualitative de la relation fréquemment associée. Aussi n'est-ce pas sans un schématisation discutable qu'on peut tenter de décrire, comme nous allons le faire maintenant, la clinique de la carence précoce de « soins maternels », d'autant plus que les manifestations et les conséquences de celle-ci sont liées à bien des facteurs :

- l'âge, les caractéristiques propres de l'enfant (sa plus ou moins grande tolérance à la frustration) ;
- l'intensité de la carence, sa durée, son mode ;
- la qualité de la relation avant l'installation de la carence ;
- sa qualité après l'expérience de carence.

1) Les manifestations d'une carence affective prolongée et importante liée à l'insuffisance majeure « des soins maternels ».

Bien entendu, l'expression « soins maternels ¹⁾ » recouvre ici l'ensemble des attitudes maternelles susceptibles d'assurer le confort, la détente, la sécurité, le bien-être chez l'enfant.

a) *Des manifestations somatiques* sont loin d'être rares.

Il peut s'agir de troubles alimentaires : une boulimie par exemple, ou bien encore, quoique rare mais alors inquiétant, un curieux comportement de rumination appelé mérycisme. Ce peut être des troubles du sommeil, une certaine sensibilité aux infections, O.R.L. notamment, retrouvée dans plusieurs études, indépendamment des conditions d'hygiène.

Assez récemment, on a mis l'accent sur la possibilité de *retards staturaux* liés à des situations de frustration affective majeure et non imputables, semble-t-il, à une carence nutritionnelle associée ; le tableau biologique est le plus souvent celui d'une insuffisance antéhypophysaire fonctionnelle, avec en particulier un déficit de la sécrétion de l'hormone de croissance (STH). L'amélioration biologique, la reprise de la croissance staturale sont observées lorsque l'enfant se retrouve dans un milieu stimulant et chaleureux.

b) Mais c'est avant tout sous *un aspect de retard de développement psychologique* que se révèle la carence affective précoce.

Sur le plan du développement des grandes fonctions « instrumentales » (intelligence, motricité, langage) auxquelles l'enfant recourt pour apprendre à se connaître, à connaître le monde extérieur, communiquer avec lui et agir sur lui, on observe un tableau d'aspect déficitaire.

Est-il besoin, pour s'en convaincre, de rappeler là, parmi tant d'autres, les résultats des premiers travaux célèbres de R. Spitz et ceux de W. Goldfarb vers les années 1940 ? Ainsi, le premier a pu constater, à partir d'un groupe de 61 enfants vivant de façon permanente dans une institution qui assurait des soins parfaits sur le plan hygiénique mais très limités dans le temps et impersonnels, une

dégradation rapide du Q.D. (Quotient de Développement psychomoteur) passant d'une moyenne de 124 le troisième mois, à 72 à la fin de la première année, pour atteindre 45 à 2 ans. Ce résultat est encore plus éloquent lorsqu'on le compare au chiffre de Q.D. enregistré dans un autre groupe de 69 enfants élevés en prison par leur mère, incarcérée mais disponible pour s'occuper de l'enfant : le Q.D. se maintient pendant la même durée d'observation à 105.

W. Golfard, à partir de deux groupes de 15 enfants âgés de 34 à 35 mois, dont l'un était élevé en institution et l'autre en foyer nourricier depuis l'âge de 4 mois, a découvert un écart de 28 points entre les moyennes des quotients intellectuels des deux groupes, mesurés par le test de Stanford-Binet. Fait remarquable, il a retrouvé la même différence entre deux groupes d'enfants âgés de 10 à 14 ans, au détriment de celui comprenant les enfants élevés entre 6 mois et 3 ans et demi en institution.

Sur le plan affectif et relationnel, le comportement de l'enfant est volontiers fait de peu d'intérêt pour ce qui se passe autour de lui, d'inertie, d'apathie, de repliement sur soi ; on note en règle des rythmies ou des mouvements stéréotypés, des mains par exemple.

Bref, ce tableau est celui de l'« *hospitalisme* » sévère décrit par R. Spitz lors de l'élevage habituel et continu en collectivité d'enfants dans des conditions nettement frustrantes et impersonnelles mais il est aussi retrouvé par bien d'autres dans le milieu familial. Ce terme d'hospitalisme d'ailleurs a eu beaucoup de succès et on l'emploie volontiers actuellement, ce qui peut prêter à confusion, pour désigner tout état de carence affective prolongée ; ainsi parle-t-on parfois d'hospitalisme intra-familial, lequel donne lieu comme on vient de le voir au même aspect déficitaire du développement.

c) *La question de la réversibilité des perturbations engendrées par la carence* est évidemment au centre du problème.

Il est loin d'être facile d'y répondre, vu la complexité et le caractère encore imparfaitement connus des facteurs intervenant dans le développement psychologique.

Il n'apparaît pas douteux, cependant, qu'une carence importante et prolongée dans les trois premières années va entraîner, selon l'expression de J. Bowlby, « des dommages non seulement graves mais durables » ; ainsi l'efficacité intellectuelle et linguistique est réduite par rapport aux possibilités initiales ; l'organisation de la personnalité, plus ou moins mais définitivement appauvrie dans ses possibilités quantitatives et qualitatives d'échanges relationnels avec l'entourage et dans sa vie émotionnelle.

2) Les manifestations d'une carence importante liée à des séparations

Notons d'abord que la séparation d'un nourrisson d'avec sa mère n'est génératrice de carence que si l'enfant est placé dans un milieu où l'interaction avec un substitut maternel est insuffisante ou si les épisodes de séparation sont fréquents et entraînent des ruptures relationnelles, itératives, génératrices de l'appauvrissement des échanges dont nous avons parlé.

Ceci dit, *avant son éventuel aspect carenciel, le fait même de la séparation peut réaliser une expérience traumatisante*, notamment à partir du deuxième semestre lors de l'accession à la relation d'objet. Ainsi une séparation prolongée d'avec la figure maternelle habituelle va-t-elle entraîner une angoisse importante et des réactions dont J. Bowlby a décrit l'évolution en trois phases : phase de protestation active et bruyante avec agitation, cris, pleurs, refus de se laisser approcher ; phase de désespoir avec état de retrait ; puis phase de détachement et d'apparente guérison : l'enfant se laisse faire par l'entourage, il semble sociable. Si la mère revient, les réactions de l'enfant sont variables, notamment en fonction de la phase évolutive de ce processus ; réactions d'attachement anxieux, agressivité manifeste ou un certain désintérêt (voire « amnésie ») initial. Tout finit par rentrer dans l'ordre sans dommages apparents mais non sans une plus grande sensibilité aux séparations ou aux menaces de séparation ultérieure, si la séparation n'a pas été trop longue et si le milieu d'accueil a été de bonne qualité.

a) Mais en cas de séparation suffisamment prolongée et de défaut massif de soins compensateurs, on peut observer un état d'hébètement stuporeux de retrait appelé par R. Spitz « *dépression anaclitique* » pour mettre l'accent sur le fait qu'il s'agit bien d'une déprivation affective massive pour cet enfant souffrant beaucoup de la perte de celle qu'il avait appris à reconnaître comme une personne privilégiée.

b) En fait, ce qui nous concerne plus particulièrement dans cette étude de la carence affective précoce est le fait que les *séparations répétées arrivent en définitive à reproduire des effets apparemment équivalents à ceux d'une carence profonde et sévère.*

A partir d'une séparation initiale, un cercle vicieux s'instaure, aggravant constamment les choses : l'enfant devient de moins en moins avenant, répond de moins en moins aux sollicitations de son entourage, ou bien il adopte une position de dépendance plus ou moins clairement agressive ; tout cela fait qu'il est de plus en plus mal supporté par sa mère ou ceux qui s'occupent de lui, ce qui risque d'être à l'origine d'un nouveau placement sous des prétextes divers et d'aggraver la situation.

Malheureusement, ces périples sont d'observation quotidienne, surtout pour les enfants dits « cas sociaux », où, à la faillite familiale bien vite avalisée se substituent des interventions fréquentes, généreuses mais ponctuelles, qui font subir à l'enfant un itinéraire chaotique de placements institutionnels en placements nourriciers, compromettant toutes les tentatives d'aboutir rapidement à l'insertion de l'enfant dans un milieu familial substitutif suffisamment chaleureux.

En définitive, toutes ces situations ont bien des chances d'engendrer une évolution où, aux aspects déficitaires déjà décrits vont s'associer des traits d'abandonnisme faits d'un important sentiment d'insécurité intérieure, d'attitudes de revendication affective maladroite, de provocations masochistes.

L'angoisse d'abandon, les sentiments dépressifs d'infériorité, le besoin d'une relation anaclitique sur laquelle s'appuyer transparaissent derrière tous ces comportements. Dans un certain nombre de cas, d'*authentiques états dépressifs* comme l'un de nous l'a montré ou bien des *conduites dites antisociales*, en fait plus souvent asociales qu'antisociales, vont apparaître lors de l'adolescence notamment. Ces dernières peuvent s'intégrer, mais non toujours, à un contexte de perturbations de la personnalité se traduisant par des passages à l'acte impulsifs, agressifs, parfois dangereux, sans culpabilité manifeste, et une incapacité à tout attachement affectif satisfaisant, faisant évoquer les traits de la Psychopathie.

3) Les carences « larvées »

Ces carences sont bien plus fréquentes que les précédentes ; elles peuvent se voir aussi bien dans certains milieux familiaux (parfois très défavorisés sur le plan socio-économique) que dans les institutions d'enfants où, malgré des progrès d'ensemble, persistent souvent encore des « soins » aux enfants trop fragmentaires, discontinus et impersonnels. Elles ont évidemment plus de chances d'être méconnues car leurs manifestations sont moins nettes et plus partielles (manque d'initiative, jeux pauvres, curiosité réduite, certaine passivité dans les contacts sociaux, etc.).

Elles font pourtant peser, même si c'est à des degrés moindres, les mêmes risques d'appauvrissement intellectuel, linguistique et affectif, de sentiments d'insécurité et d'abandonnisme (en cas de ruptures relationnelles répétées).

Ce n'est parfois qu'à l'adolescence ou plus tard qu'elles seront reconnues à l'occasion de décompensations psychopathologiques d'ailleurs variées.

C) PERSPECTIVES PSYCHOPATHOLOGIQUES

Trois perspectives peuvent nous aider à essayer de mieux comprendre les effets de ces carences précoces maternelles.

La première prend en considération l'importante immaturité neuro-biologique de l'enfant à la naissance et la nécessité absolue de stimulations suffisantes du milieu pour que s'effectue normalement son développement. Tous les travaux, chez le nourrisson comme chez l'animal d'ailleurs, concordent sur ce point : outre les soins de base, alimentaires notamment, des stimulations perceptivo-motrices, auditives, cutanées, kinesthésiques, sont indispensables à une évolution maturative satisfaisante en même temps qu'elles sont les sources d'un plaisir riche et important pour l'enfant.

Bien évidemment, au-delà de ces apports d'ordre perceptivo-moteur, c'est d'un environnement capable de satisfaire dans de bonnes conditions ses besoins affectifs et de percevoir ses désirs comme de lui épargner des souffrances qu'il ne pourrait supporter sans dommages, dont le nourrisson a besoin. Il n'est évidemment pas possible ici de décrire tous les échanges subtils entre la mère et son enfant qui contribuent à constituer le monde de celui-ci, lequel apprend progressivement à s'y repérer, à s'y reconnaître, à appréhender sa mère comme une personne totale, indépendante de lui, dont il a besoin et dont il perçoit non sans angoisse sa dépendance à son égard. Bref, la relation qui s'installe progressivement et réciproquement entre le nourrisson et sa mère est un puissant facteur affectif de progrès. C'est tout le problème de l'investissement par l'enfant de lui-même, de son corps, de ses différentes fonctions corporelles et mentales, en réponse à l'investissement par sa mère de tout ce qui le concerne. Ainsi est abordé là ce qui constitue progressivement le nécessaire sentiment de continuité, de sécurité et de confiance en lui que doit avoir un enfant pour vivre des relations satisfaisantes avec autrui. De la *qualité et de la solidité de son narcissisme* dépend en grande partie l'avenir de cet enfant. On conçoit qu'une carence affective précoce, des ruptures relationnelles répétées, entraînent des failles plus ou moins graves dans cette organisation narcissique et que les manifestations ultérieures soient du registre du déficit mental, de la dépression et des comportements antisociaux, ces derniers étant, on le sait, en étroit rapport avec une position dépressive sous-jacente. Il y aurait beaucoup à dire de l'incapacité de tels sujets à avoir plus tard une vie sexuelle réellement satisfaisante car constamment « raccrochée » à une position narcissique, comme de leur incapacité à devenir pour leurs enfants, les « bons parents » qu'ils n'ont pas eus dans leur enfance.

Il est intéressant de mentionner enfin le point de vue de J. Bowlby. On sait qu'à la suite de travaux éthologiques et expérimentaux chez l'animal, il considère nombre de comportements relationnels du petit nourrisson (le sourire au visage humain, la poursuite oculaire, l'agrippement, etc.) comme renvoyant à *un besoin d'attachement inné*, instinctuel, et non comme la conséquence relationnelle de la satisfaction des besoins physiologiques élémentaires. Ne peut-on pas considérer par exemple l'incapacité de tels enfants carencés à s'attacher ultérieurement à autrui de manière satisfaisante comme la conséquence lointaine d'une frustration massive de ce besoin inné d'attachement.

BIBLIOGRAPHIE

- AINSWORTH (M.D.). — Les répercussions de la carence maternelle : faits observés et controverses dans le contexte de la stratégie des recherches. In « La Carence de soins maternels », O.M.S., Genève, 1962, pp. 95-168.
- L'attachement. 1 vol. avec ANZIEU (D.), BOWLBY (J.), CHAUVIN (R.), DUYCKAERTS (D.), HARLOW (H.H.F.), KOUERNIK (C.), LEOVICI (S.), LORENTZ (K.), MALRIEU (Ph.), SPITZ (R.A.), WIDLOCHER (D.), et ZAZZO (R.) — Edit. Delachaux et Niestlé, Suisse, 1974, 209 p.
- AUBRY (J.). — La carence de soins maternels. Paris, La Parole, 1965, 253 p.
- BOWLBY (J.). — Soins maternels et santé mentale. O.M.S., Genève, 2^e édit., 1954, 210 p.
- DAVID (M.), APPEL (G.). — Facteurs de carence affective dans une pouponnière. *Psychiat. Enf.*, 1964, 4, pp. 407-442.
- KREISLER (L.). — Psychopathologie du premier âge. Approche nosologique. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1978, 26, (sous presse).
- LAZAROVICI (R.), SOULE (M.). — La dysharmonie évolutive chez le très jeune enfant. *L'information psychiatrique*, 1977, 53, pp. 1105-1117.
- LEOVICI (S.), SOULE (M.). — La carence de soins ma-

- ternels. In « La connaissance de l'enfant par la psychanalyse », Paris, P.U.F., 1970, pp. 368-420.
- MALE (P.), DOUMIC-GIRARD (A.), BENHAMOU (F.) et SCHOTT (M.-Cl.). — Psychothérapie du premier âge. P.U.F., Paris, 1975, 222 p.
- MAZET (Ph.). — Troubles fonctionnels du nourrisson et perturbations relationnelles précoces. *La Médecine Infantile*, 1974, 81, pp. 418-427.
- MAZET (Ph.), SIBERTIN-BLANC (D.). — Dépression de l'adolescence et carence précoce de soins maternels. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1976, 24, pp. 309-318.
- RAPPAPORT (R.), ROYER (P.). — Retards de croissance d'origine psychosociale et nutritionnelle. In : *Journées parisiennes de pédiatrie*, Paris, Flammarion, 1975, pp. 145-155.
- SUOMI (St.). — Expérience précoce et développement social du singe rhésus. *Psychiat. Enfant*, 1976, 19, pp. 279-302.
- SPITZ (R.). — De la naissance à la parole. La première année de la vie. Paris, P.U.F., 1968, 311 p.

L'ENFANT JEUNE

Nous abordons dans ce chapitre la psychopathologie de l'enfant entre la fin de la deuxième année (18 à 24 mois) et l'âge de 6 ans. Ces limites demandent quelques explications.

La fin de la deuxième année est la période où l'enfant, grâce au développement conjoint de son affectivité et de ses fonctions instrumentales, commence à vouloir et à pouvoir s'affirmer comme une personne autonome. L'acquisition définitive de la marche lui donne une autonomie motrice et lui ouvre un nouvel univers qu'il va frénétiquement explorer, ce qui n'est pas sans susciter parfois des conflits avec l'entourage. Dans beaucoup de cas, les mères font remonter les débuts des difficultés qu'elles ont avec leur enfant à l'acquisition de la marche. Beaucoup de nourrissons calmes et peu exigeants sont devenus de jeunes enfants intrépides, curieux et touche-à-tout, ce que certaines mères supportent mal.

La personnalité de l'enfant de cet âge devient beaucoup plus affirmée. L'apparition du « non » vers le milieu de la deuxième année, dont R. Spitz a fait le troisième organisateur de la relation d'objet, montre bien les nouvelles capacités d'affirmation et d'opposition de l'enfant. Le « non » devient sa réponse systématique. L'enfant, a-t-on pu dire, se pose en s'opposant. Le « oui » n'est acquis que bien plus tard. Cette volonté d'affirmation est nécessaire pour que l'enfant trouve ses limites, prenne conscience de lui-même, de ses propres désirs, de sa propre volonté. Un enfant incapable de s'opposer a des chances de souffrir d'une grave perturbation de l'individuation.

L'évolution pulsionnelle est marquée par la prédominance des pulsions anales, qui sous-tendent le processus d'individuation de l'enfant. K. Abraham (1924) a montré la double polarité du fonctionnement anal : plaisir de l'expulsion et plaisir de la rétention. Le pôle expulsif joue dans la relation d'objet de l'enfant dans le sens d'une mise à distance, d'un refus, d'une opposition, parfois violente, coléreuse. Le pôle de la rétention joue dans le sens d'une maîtrise de l'autre, du désir d'imposer sa volonté, de faire pression, de manipuler. Dans les deux cas l'enfant défend farouchement son individualité, quitte à refuser ce droit à l'autre.

L'apparition de la *fonction sémiotique* que J. Piaget définit comme la possibilité de représenter une chose par une autre et qui est marquée à la fin de la deuxième année par l'acquisition du langage, donne à l'enfant de toutes nouvelles possibilités d'appréhension du monde, de pensée et de communication. A partir de là, peuvent se développer les processus secondaires, qui peu à peu permettent la tolérance de l'insatisfaction immédiate du désir, de la frustration, qui enrichissent la communication avec l'autre et donnent accès progressivement à l'univers culturel.

Six ans, c'est sur le plan de l'évolution pulsionnelle la période de résolution du conflit œdipien, permettant l'identification sexuelle et la mise en place des instances psychiques, en particulier du Surmoi. Cette évolution est nécessaire pour que l'enfant puisse se socialiser, c'est-à-dire s'adapter à un milieu extra-familial, créer dans ce milieu de nouveaux liens, rechercher le contact avec les autres enfants.

C'est l'âge auquel, normalement, la maîtrise des fonctions instrumentales est acquise : motricité, langage. L'intelligence atteint le stade opératoire et devient capable de généralisation et de raisonnement logique, ce qui rend possible les apprentissages scolaires.

C'est enfin l'âge d'entrée à l'école primaire. Désormais, l'enfant doit non seulement être capable d'apprentissages systématisés, mais encore de stabilité, d'attention, d'identification à un groupe, de respect d'une loi commune.

L'enfant de la fin de la deuxième année émerge de l'état de nourrisson entièrement dépendant de sa mère, pour affirmer son individualité au sein du groupe familial. L'enfant de six ans est devenu un véritable être social.

1 - LES MOTIFS DE CONSULTATION

L'enfant jeune est amené en consultation surtout pour trois types de symptômes : les troubles du comportement, les troubles dits instrumentaux, les troubles à expression somatique.

Beaucoup plus rarement, c'est la perception par l'entourage d'une souffrance intra-psychique, angoisse, dépression, ou d'une anomalie du développement de la personnalité, qui motive la consultation. L'entourage adulte méconnaît le plus souvent les signes de souffrance intra-psychique du jeune enfant. A cela il y a plusieurs raisons : en premier lieu l'expression particulière de ces troubles chez l'enfant jeune, bien différente de ce qu'elle est chez le grand enfant, l'adolescent et l'adulte. L'angoisse s'exprime fréquemment par des symptômes corporels : douleurs abdominales, céphalées, ou par des troubles du comportement : instabilité psychomotrice, agressivité. La dépression se traduit essentiellement par des troubles du comportement, lenteur, inhibition, manque d'initiative, qui sont soit interprétés comme de la paresse ou de la bêtise, soit complètement méconnus. Une autre cause de cette méconnaissance est le fantasme, commun aux adultes, de l'enfance heureuse, insouciance et innocente. Qu'un enfant puisse souffrir psychologiquement est chose particulièrement difficile à admettre pour la plupart des adultes, sans doute parce qu'ils ont narcissiquement besoin du fantasme d'une enfance sans souffrance, à l'abri des difficultés de l'existence.

Il appartient donc aux psychiatres d'enfants de déceler les signes de souffrance intra-psychique, derrière les symptômes qui lui sont présentés.

Dans une étude sur « les enfants déviants à l'école maternelle », M. Stambak et M. Vial recensent les motifs de signalement aux psychologues scolaires par les maîtresses de grande section maternelle. Ces auteurs trouvent les pourcentages suivants :

Absentéisme	1,8 %
Problèmes somatiques	2,6 %
Problèmes sociaux	5,6 %
Troubles du langage	17,5 %
Difficultés motrices	19,6 %
Difficultés intellectuelles	9,1 %
dont troubles de l'organisation	
spatiale et temporelle	2 %
retard intellectuel	7,1 %
Troubles du comportement	43,5 %
Dont :	
Divers	6,6 %
Tr. des activités scolaires	6,5 %
Tr. d'adaptation sociale	3,2 %
Lenteur	2,2 %
Immaturité	2,8 %
Anxiété	2,2 %
Agressivité	1,8 %
Instabilité	10,1 %
Inhibition	7,8 %

On remarquera dans ces chiffres la prévalence des troubles « instrumentaux » qui représentent 46,2 % des motifs de signalement, si l'on additionne les troubles du langage, de la motricité et de l'intelligence. On remarquera aussi l'importance des troubles du comportement, qui, à eux seuls, représentent 43,5 % de l'ensemble des motifs de signalement.

Il faut toutefois tempérer des résultats en notant que les auteurs incluent dans la rubrique « troubles du comportement » des symptômes qui sont ressentis par les maîtresses elles-mêmes comme intra-psychiques, par exemple l'anxiété. D'autre part cette enquête a été menée en milieu scolaire, ce qui explique que certains troubles observés essentiellement en milieu familial ne soient pas signalés, par exemple les troubles fonctionnels, et que l'accent soit mis sur les troubles « instrumentaux » réputés faire le lit de difficultés scolaires à l'école élémentaire.

Le très faible pourcentage attribué à l'anxiété : 2,2 % illustre ce que nous disions plus haut de la difficulté des adultes à reconnaître la souffrance intra-psychique chez l'enfant jeune.

II - REPARTITION DES DIAGNOSTICS

Citons l'étude de E. Jongen et coll. (1973). Sur trois cohortes d'enfants suivis dans des consultations de psychiatrie infantile. La répartition des diagnostics pour les enfants de moins de 7 ans se fait de la façon suivante :

	Non classables	0,5 %
	Débilité intellectuelle	10,8 %
	Atteinte organique	1,6 %
	Troubles somatiques	1,1 %
	Troubles de l'évolution libidinale	4,9 %
11,1 %	Troubles psychotiques	5,4 %
	Troubles importants de la personnalité (s'exprimant dans le comportement	5,7 %
	Troubles névrotiques	20,6 %
	Troubles spécifiques du développement	26,3 %
23 %	Troubles réactionnels	11,4 %
	Normalité	11,6 %

On peut remarquer dans ces chiffres :

1) L'importance des troubles dits instrumentaux, qui correspondent aux rubriques « débilité intellectuelle » et « troubles spécifiques du développement », au total 37,1 %. Si l'on ajoute que dans cette classification nosographique le diagnostic indiqué correspond à la structure psychopathologique qui apparaît prévalente, mais n'exclut pas des troubles associés et notamment des troubles instrumentaux, on jugera de l'importance de ces troubles chez l'enfant jeune.

La nature des troubles instrumentaux observés est variable :

● tantôt il s'agit d'un simple retard de développement, dû soit à une maturation plus lente chez certains enfants de telle ou telle fonction instrumentale (par exemple le retard simple du langage), soit à un manque de stimulation dans le milieu familial. L'évolution a bien des chances d'être favorable spontanément pourvu que l'enfant soit mis dans un milieu suffisamment stimulant. L'école maternelle joue ce rôle pour beaucoup d'enfants ;

- tantôt les troubles instrumentaux s'inscrivent dans un contexte de fixation ou de régression affective. C'est par exemple le cas de la plupart des retards de parole, de certains troubles de l'articulation liés à la persistance d'une déglutition infantile. Il est essentiel de comprendre les raisons de l'attitude affective de l'enfant : surprotection maternelle, jalousie à l'égard d'un puîné, absence du père, etc. Tant qu'une mobilisation à ce niveau n'aura pu être obtenue, toute tentative de rééducation viendra buter sur le problème affectif ;

- tantôt le retard est global, intellectuel, psychomoteur et linguistique, assez harmonieux et sans troubles majeurs de la personnalité. Le diagnostic s'oriente vers un état déficitaire dont l'étiologie reste à préciser ;

- tantôt enfin, on a affaire à une pathologie plus complexe, dans laquelle, les fonctions instrumentales sont atteintes de façon dysharmonieuse : certaines sont profondément perturbées, d'autres peu ou pas du tout, ou même sont en avance sur le développement habituel. L'étude de ces cas montre que l'atteinte instrumentale n'est pas un retard simple que l'on pourrait évaluer en âge de développement, mais est un véritable dysfonctionnement qui ne reproduit aucune étape maturative. C'est le cas des « déficits intellectuels dysharmoniques » décrits par R. mises et Perron Borelli, des dyspraxies décrites par M. Stambak et coll. — des « dysphasies » décrites par J. de Ajuriaguerra et coll. Nous renvoyons pour la description de ces syndromes aux chapitres précédents (« troubles psychomoteurs, intellectuels et du langage », « états déficitaires »).

En outre ces troubles complexes des fonctions instrumentales s'associent parfois à des troubles de la personnalité et de la relation : souvent ces enfants ont un contact bizarre, une mauvaise adhérence au réel, une fantasmatisation riche et désordonnée, avec des fantasmes très crus, soit à thème sadique, soit à thème de morcellement. Ils peuvent avoir des troubles de l'intégration du schéma corporel et parfois de l'identité.

On a décrit ces syndromes sous le nom de « dysharmonies d'évolution ». Nous en avons parlé à propos des états déficitaires. On en observe aussi chez des enfants d'intelligence normale mais atteints de dysphasie ou de dyspraxie.

2) La fréquence des diagnostics favorables, qui totalisent 23 % des cas si l'on additionne « troubles réactionnels » et « normalité », s'explique par l'existence à cet âge de conflits de développement, qui peuvent s'exprimer par des symptômes bruyants, mais que le psychiatre reconnaît comme dénués de réelle gravité. Il ne faut pas toutefois mésestimer l'importance des troubles réactionnels, qui peuvent être à l'origine de symptômes durables, si les conditions extérieures ne sont pas modifiées assez rapidement. Le rôle du psychiatre est très important pour indiquer dans quel sens modifier ces conditions. Ajoutons que c'est dans ce type de problèmes qu'on obtient les résultats thérapeutiques les plus rapides et les plus brillants (voir les chapitres « problèmes du normal et du pathologique » et « troubles réactionnels »).

3) La fréquence des troubles névrotiques (20,1 %) est surprenante au premier abord. Elle contraste par exemple avec la rareté de l'anxiété signalée par les institutrices de grande section de maternelles.

Rappelons tout d'abord que la période que nous étudions est précisément celle où Freud plaçait l'éclosion de la névrose infantile, conflit nodal du développement de la personnalité, correspondant au problème œdipien. Cette période est effectivement émaillée de symptômes névrotiques surtout à partir de la troisième année : phobies organisées, rituels du coucher, angoisses nocturnes, plus rarement manifestations hystériques.

Toute l'ambiguïté du problème est l'évolution très variable de ces symptômes, qui tantôt disparaissent sans laisser de trace, tantôt annoncent l'organisation soit d'une névrose, soit d'une autre forme de pathologie (caractérielle notamment). Nous avons discuté cette question dans les chapitres consacrés au « normal et au pathologique » et aux « névroses ». Sur le plan pratique, la tâche essentielle du psychiatre d'enfants est d'évaluer le pronostic de ces troubles.

4) Les troubles à expression somatique ou fonctionnels n'apparaissent pas directement. Ils sont pour une part répertoriés sous la rubrique « troubles de l'évolution libidinale », qui ne représente que 4,9 % des diagnostics. Cela tient au fait que le plus souvent les troubles fonctionnels sont considérés comme troubles associés, car ils s'inscrivent dans une structure psychopathologique, ou encore ils apparaissent comme réactionnels et sont alors répertoriés sous la rubrique « troubles réactionnels ».

Rappelons que l'énurésie nocturne s'observe chez 10 % des enfants de plus de 4 ans, l'encoprésie chez près de 3 % et que les troubles du sommeil sont très fréquents entre 3 et 6 ans, période d'acmé des cauchemars et des terreurs nocturnes.

5) Soulignons enfin l'importance des troubles psychotiques et de la personnalité (11,1 % au total), traduction clinique des difficultés d'individuation de l'enfant dont nous avons parlé dans les chapitres consacrés aux psychoses et aux prépsychoses, ou des perturbations importantes de l'organisation de la personnalité s'exprimant surtout dans le comportement (caractéropathies, psychopathies).

BIBLIOGRAPHIE

ABRAHAM (K.). — Esquisse d'une histoire du développement de la libido, basée sur la psychanalyse des troubles mentaux (1924). In *Œuvres complètes*, vol. II, Payot, Paris, 1966.

AJURIAGUERRA (J. de), JAEGGI (A.), GUIGNARD (F.), KOCHER (F.), MAQUARD (M.), ROTH (S.) et SCHMID (E.). — La dysphasie chez l'enfant. *Psychiatrie de l'enfant*, 1965, 8, pp. 391-452.

JONGEN (E.), MOUVET (G.), WUIBAR (A.), GABEL (M.), KLEIN (F.), LEBOUTEILLIER (M.P.), BETTSCHART (W.) et MERIUS (G.). — Etude comparative des données cliniques des cohortes de trois services de psychiatrie de l'enfant. *Psychiatrie de l'enfant*, 1973, 16, pp. 515-564.

MISES (R.) et PERRON-BORELLI (M.). — Essai d'approche psychopathologique de la déficience intellectuelle : les déficits dysharmoniques. *Psychiatrie de l'enfant*, 1971, 14, pp. 341-464.

STAMBAK (M.) et VIAL (M.). — Problèmes posés par la déviance à l'école maternelle. *Psychiatrie de l'enfant*, 1974, 17, pp. 241-335.

STAMBAK (M.), L'HERITEAU (D.), AUZIAS (M.), BERGES (J.) et AJURIAGUERRA (J. de). — Les dyspraxies chez l'enfant. *Psychiatrie de l'enfant*, 1964, 7, pp. 381-496.

En ce qui concerne les problèmes de l'enfant à l'école maternelle, on peut citer le numéro spécial de *La Revue de Médecine*, 1974, 15, pp. 1695-1752, avec des articles de G. VERMEIL, J. LÉVINE et coll., Y JENGER, Ph. MAZET et coll., L. LENTIN, R. LANDIER, R. DIATKINE, C. CHILAND.

LE GRAND ENFANT

I - GENERALITES

Ce chapitre concerne les enfants entre 6-7 ans et la puberté. Nous avons donné dans le chapitre précédent la justification de la limite de 6-7 ans. Il n'est pas nécessaire d'insister sur la limite supérieure de cette tranche d'âge, la puberté, tant il est évident qu'elle constitue une frontière naturelle dans l'évolution de l'enfant. Les problèmes spécifiques de la puberté sont traités dans le chapitre suivant. Ajoutons seulement ici qu'elle correspond à peu près en France à la fin de la scolarité élémentaire.

Les troubles psychopathologiques rencontrés dans cette tranche d'âge sont très fréquemment des troubles à expression scolaire. Citons le travail de Jongen et coll., qui donnent les chiffres suivants pour les enfants de 7 à 13 ans, en ce qui concerne les motifs de consultation (sur un échantillon de 735 enfants suivis dans des consultations de psychiatrie infantile) :

Symptômes	17,2 %
Troubles de l'adaptation familiale	12,2 %
Troubles de l'adaptation scolaire	65,5 %
Troubles de l'adaptation sociale	0,3 %
Réactions médico-légales	0,5 %

A eux seuls les troubles de l'adaptation scolaire représentent les 2/3 des motifs de consultation. Il y a à cela des raisons de circonstances : l'école est à cet âge le milieu de vie le plus important, les apprentissages scolaires sont une activité essentielle. Il faut remarquer cependant que les chiffres d'inadaptation scolaire sont nettement plus importants en France que dans les autres pays où l'enquête a été faite (Belgique, Suisse), ce que les auteurs eux-mêmes interprètent comme étant dû à l'importance abusive donnée à la scolarité dans notre pays.

Rappelons que les psychanalystes appellent « phase de latence » la phase du développement qui se situe entre la fin de la période œdipienne et la puberté. Pendant cette phase l'activité pulsionnelle semble réduite par rapport aux deux phases qui l'encadrent. Les intérêts de l'enfant se détachent partiellement du milieu familial, pour se tourner vers le monde extérieur, vers la socialisation et vers la connaissance. Les attachements œdipiens se relâchent, ce qui permet la création de liens d'amitié en dehors de la famille. L'énergie psychique de l'enfant semble se « déssexualiser » et se mettre au service du développement cognitif et social.

Cette évolution normale peut être entravée par les conflits non résolus d'une des phases précédentes. L'enfant est alors incapable d'effectuer ces déplacements et d'utiliser son énergie psychique pour répondre aux exigences de l'adaptation de son groupe d'âge, d'où la fréquence des difficultés scolaires non expliquées par des insuffisances intellectuelles ou des déficits instrumentaux spécifiques. Les enfants perturbés manquent plus ou moins leur phase de latence. Certains comme les enfants psychotiques ne la connaissent pas du tout.

Répartition des diagnostics

Jongen et coll. trouvent la répartition suivante :

Non classables	1,2 %
Comportement anti-social	0,1 %
Débilité	6,4 %
Atteinte organique	1,6 %
Troubles somatiques	0,9 %
Troubles de l'évolution libidinale	3,1 %
Troubles psychotiques	4,6 %
Troubles de la personnalité (s'exprimant dans le comportement)	9,1 %
Troubles névrotiques	36,7 %
Troubles spécifiques du développement	19,5 %
Troubles réactionnels	10,2 %
Normalité	6,5 %

Soulignons la prépondérance des troubles névrotiques qui à eux seuls représentent plus du tiers des diagnostics. Ils deviennent nettement plus fréquents qu'à la période précédente, où ils ne représentaient que 20,6 % des diagnostics.

Les troubles spécifiques du développement sont par contre moins fréquents : 19,5 % contre 26,3 % à la période précédente. Cela est dû sans doute au fait qu'un certain nombre de troubles du développement sont soit des retards simples qui se combleront avec la maturation, soit ont été rééduqués avec succès et ont disparu.

L'augmentation sensible des troubles de la personnalité (9,1 % contre 5,7 % à la période précédente) tient sans doute au fait que dès la période de latence commence à se manifester des troubles caractériels ou psychopathiques qui n'existaient pas à un âge plus jeune.

Nous n'allons développer dans ce chapitre que des problèmes directement en rapport avec l'activité scolaire dans la mesure où ils n'ont pas été abordés ailleurs : les phobies scolaires, les troubles de l'apprentissage du langage écrit, les troubles de l'apprentissage des mathématiques.

II - LES PHOBIES SCOLAIRES

La séparation d'avec la mère, indispensable pour que l'enfant puisse fréquenter l'école, provoque souvent une angoisse importante, dès l'entrée à l'école maternelle. Toutefois la véritable phobie scolaire se manifeste plus tard, pendant la période de latence et le plus souvent entre 8 et 10 ans.

Le comportement habituel d'un enfant atteint de phobie scolaire consiste à partir le matin à l'école, à l'heure normale, à se diriger vers l'école, mais arrivé à la porte, à rebrousser chemin. Parfois il passe sa journée à déambuler et revient chez lui à l'heure normale, comme s'il revenait de l'école ; c'est alors le signalement par les enseignants de l'absence de l'enfant en classe, qui révèle le problème. Souvent alors ce syndrome est confondu avec un comportement d'« école buissonnière », l'anxiété de l'enfant passant inaperçue aux yeux des adultes.

Dans d'autres cas, l'enfant refuse le matin de partir pour l'école et souvent il allègue des symptômes fonctionnels : douleurs abdominales, nausées, céphalées, etc. Parfois lorsqu'il est obligé d'af-

fronter la situation phobogène, par exemple s'il est en internat, sa phobie se traduit par une extrême dissipation en classe, seul moyen pour lui de lutter contre le malaise qu'il éprouve.

M. Sperling distingue quatre formes de phobies scolaires :

a) **La phobie scolaire aigue banale** : on retrouve à son origine un événement traumatisant qui a représenté pour l'enfant une menace de perte de contrôle sur la réalité : une maladie, la mort d'un parent, une intervention chirurgicale. Cette phobie s'organise sur le mode d'une névrose traumatique.

b) **La phobie scolaire aigue induite** : on ne trouve pas alors d'événement traumatisant ; par contre on retrouve en général un comportement phobique dans le passé de l'enfant et surtout l'un des parents induit la phobie (le plus souvent la mère, parfois le père). Tout se passe comme si inconsciemment le parent inducteur avait besoin de la phobie de son enfant, soit pour maintenir la dépendance de l'enfant à son égard, soit pour éviter une situation réellement embarrassante, par exemple dans un conflit conjugal.

c) **La phobie scolaire chronique induite** : qui se rencontre chez les enfants de la fin de la période de latence ou de la prépuberté. Dans ces cas la personnalité de l'enfant est profondément perturbée. M. Sperling la compare à celle des enfants atteints de psychose symbiotique. Dans les deux cas, dit-elle, il y a une similitude de la relation parent-enfant. Il n'est pas rare que s'associent aux phobies ou alternent avec elles des désordres fonctionnels ou psychosomatiques et que des maladies psychosomatiques fassent leur apparition au début de la scolarité (colite ulcéreuse, asthme bronchique, etc.).

d) **La phobie scolaire chronique banale** : elle se voit chez des enfants qui ont précocement acquis une prédisposition à réagir par des réponses phobiques aux situations traumatiques. Toutefois le développement instrumental et le développement du Moi est plus satisfaisant que dans les phobies scolaires chroniques induites. Les conflits mobilisés sont centrés sur le problème œdipien.

Nous avons personnellement rencontré deux types d'enfants qui développaient des phobies scolaires : soit des enfants dont l'investissement scolaire était très narcissique, c'est-à-dire des enfants brillants en classe, qui ne supportaient l'idée d'échec ou simplement de moins bons résultats. Ces enfants craignent alors après une absence, due par exemple à une maladie, de perdre leur place de premier et refusent de retourner en classe ; soit des enfants immatures, au Moi fragile, qui souffrent d'un défaut de refoulement, d'un manque de neutralisation des investissements cognitifs, si bien que l'activité scolaire ravive des conflits liés au fantasme de scène primitive. Associer les lettres, associer les mots, associer les chiffres, faire des opérations, toutes ces activités sont alors source d'angoisses insurmontables.

III - LES DIFFICULTES DE L'APPRENTISSAGE DU LANGAGE ECRIT

Les difficultés d'apprentissage de la langue écrite ont été méconnues jusqu'aux lois sur la scolarité obligatoire de la fin du siècle dernier. Dans les années qui ont suivi, on s'est aperçu que des enfants intelligents, qui réussissaient normalement en calcul par exemple, se révélaient incapables d'apprendre à lire. La première description de ce trouble a été faite en 1896 par James Kerr. L'interprétation qui en a d'abord été donnée, la même année, par un ophtalmologiste anglais, Pringle Morgan, était une interprétation neurologique fondée sur la théorie des localisations cérébrales : l'impossibilité d'apprendre à lire était attribuée à une lésion du « centre de la lecture » (gyrus angulaire).

C'est à partir de là qu'est née la notion de « dyslexie », qui a été rapprochée de l'alexie de l'adulte atteint de lésion cérébrale. On supposait en effet que c'était les mêmes mécanismes qui chez l'adulte entraînait une dissolution de l'apprentissage de la lecture et chez l'enfant entravait cet apprentissage.

Depuis cette époque, un nombre considérable de travaux ont été faits sur les difficultés d'apprentissage du langage écrit. La fréquence de ces difficultés justifiaient l'importance de ces travaux.

On sait que plus de 20 % des enfants échouent dans l'apprentissage de la lecture au cours préparatoire. C. Chiland, sur un échantillon de 66 enfants scolarisés et pris au hasard, trouve à la fin de la première année d'école un pourcentage de 35 % de niveau de lecture insuffisant ou nul.

Les conceptions ont peu à peu évolué sur ce problème et beaucoup d'auteurs, de nos jours, refusent de considérer la dyslexie et la dysorthographe qui lui est toujours associée comme une maladie isolable. Il est certain que l'idée selon laquelle un enfant entrant au cours préparatoire à 6 ans doit savoir lire au terme de sa première année primaire, est une idée plus ou moins arbitraire, qui ne tient pas compte du développement réel d'une grande partie des enfants et qui s'appuie sur les résultats des plus doués. Le pourcentage d'échecs au Cours préparatoire, le pourcentage d'enfants qui n'ont pas un cursus scolaire primaire normal, c'est-à-dire qui redoublent au moins une classe (50 %), amènent à s'interroger sur la validité des programmes scolaires, des exigences opposées aux enfants et la valeur de la pédagogie utilisée.

Il paraît plus proche des faits de chercher à décrire les difficultés rencontrées par les enfants dans l'acquisition de la langue écrite sans en faire un syndrome en soi, et de les situer dans les contextes où on les rencontre, sans a priori étiologique.

1) Les fautes rencontrées

On a voulu décrire dans la « dyslexie-dysorthographe » des fautes caractéristiques. En fait ces fautes sont d'une grande banalité au début des apprentissages. On les rencontre chez une bonne moitié des enfants. Ce n'est que secondairement que certains enfants se différencieront par leur incapacité à surmonter des fautes ou par leur facilité à retomber dans ces premières erreurs.

L'enfant confond des lettres qui se ressemblent soit par leur graphie (p et q, b et d, m et n, etc.), soit par leur prononciation (les sourdes et les sonores notamment : p et b, f et v, etc.) ; il fait des inversions de lettres : c écrit o ; il permute des lettres voisines, surtout dans les groupes consonantiques : cra pour car, tadrif pour tardif ; parfois il inverse des syllabes entières, voire des mots entiers ; il arrive que l'enfant ajoute des lettres en lisant ou en écrivant : bien pour bien ; quand l'enfant commence à écrire des phrases entières, il a le plus grand mal à découper correctement les éléments du discours : jème pour j'aime, par exemple.

L'enfant qui a ces difficultés a, bien entendu, le plus grand mal à donner une signification à ce qu'il lit. La lecture reste pour lui un exercice laborieux et dénué de sens.

A un âge plus avancé, le plus souvent l'enfant parvient à acquérir un certain apprentissage de la langue écrite, mais ses résultats sont très inférieurs à la moyenne de son âge. La lecture reste syllabique, annoncée, hachée. Parfois elle est plus fluide, mais son débit est très irrégulier, rapide si l'enfant connaît les mots par cœur ; elle devient beaucoup plus lente et hésitante, entachée de nombreuses fautes lorsque les mots sont inconnus. Les réactions aux difficultés sont variables suivant les enfants : certains cherchent longtemps par des exercices à voix basse quelle est la bonne prononciation, la lecture peut alors être correcte, mais extrêmement lente ; d'autres ne semblent pas gênés de lire n'importe quoi, et ne s'attachent absolument pas à donner un sens à ce qu'ils lisent. Quelle que soit leur réaction, ces enfants n'ont aucun attrait pour la lecture, ils ne cherchent pas à lire pour leur loisir et cela entraîne pour eux un manque d'acquisition qui accroît le fossé entre eux et leurs camarades.

L'orthographe est toujours catastrophique, même chez les anciens dyslexiques qui ont résolu la plupart de leurs problèmes de lecture.

Dans quelques cas, aucune acquisition de la langue écrite n'est possible, même après des années de pédagogie spécialisée et de rééducation. Ces cas répondent à l'ancienne définition de l'« alexie » ou congénital word blindness des auteurs anglo-saxons. Il n'est pas du tout certain, toutefois, que ces cas confirment l'hypothèse d'une anomalie congénitale ; pour certains auteurs, le caractère irréductible des troubles de l'apprentissage de la langue écrite serait lié à des troubles graves de l'évolution de la personnalité, de type psychotique ou prépsychotique notamment (C. Chiland).

2) Les corrélations

Tandis que les médecins ont orienté leurs premières recherches dans un sens neurologique, les psychologues les ont orientées vers la recherche de déficits instrumentaux associés aux difficultés d'apprentissage de la langue écrite.

Dès 1921, Lucy Fildes remarque chez les « dyslexiques » des anomalies de la discrimination des formes. De 1915 à 1937, Orton développe une théorie fondée sur les troubles de la latéralisation ; il considérait qu'une distorsion des engrammations cérébrales chez les sujets mal latéralisés était responsable des troubles d'apprentissage. Ombredanne (1937-43) a insisté sur les troubles de l'organisation temporo-spatiale. On a incriminé également les défauts d'élaboration du langage oral. Enfin plus récemment (C. Chiland), on a montré la corrélation de la « dyslexie-dysorthographe » avec la médiocrité du niveau intellectuel et du niveau socio-culturel.

a) *Troubles de l'élaboration du langage oral*

A. Jadouille évalue à 30 % le nombre de « dyslexiques-dysorthographiques » ayant un retard d'élaboration du langage oral contre 7 à 9 % pour les enfants n'ayant pas de difficulté d'acquisition de la langue écrite. M. Dugas, J.J. Guillarme et coll. en font de même un facteur important de dyslexie-dysorthographe.

A ce propos, il faut distinguer deux catégories d'enfants : ceux qui ont un trouble grave de l'élaboration du langage et que l'on qualifie de dysphasiques : ces enfants ont constamment des troubles de l'apprentissage de la langue écrite ; ceux qui ont eu un retard simple de langage et qui ne fournissent qu'un faible contingent de dyslexiques : pour beaucoup d'entre eux, au contraire, l'accès à la lecture est un élément d'évolution très positif ; en apprenant à lire, ils améliorent leur langage oral.

Aussi ne peut-on dire que le déficit du langage conduit nécessairement à la dyslexie, ni non plus que tous les dyslexiques ont eu un retard de langage.

b) *Troubles de la latéralisation*

Hecaen et Ajuriaguerra trouvent chez les « dyslexiques » un pourcentage significativement élevé de sujets ayant une latéralité croisée, c'est-à-dire chez lesquels la dominance latérale de la main, du pied et de l'œil ne sont pas concordantes : 48 % entre 7 et 10 ans chez les « dyslexiques » contre 28 % chez les non-dyslexiques.

Cette différence disparaît chez les enfants plus âgés. Il semble donc y avoir chez un certain nombre de « dyslexiques » un problème de latéralisation.

A une époque où on avait l'habitude de contrarier systématiquement les gauchers, on a incriminé la gaucherie contrariée dans la genèse de la dyslexie. Depuis on a nuancé beaucoup les idées à ce sujet. Il semble exact que contrarier une vraie gaucherie soit une source de gêne pour l'enfant ; cela entraîne en outre un conflit qui se focalise volontiers sur les apprentissages scolaires. Par contre favoriser l'usage de la main droite dans un contexte relationnel favorable chez un enfant mal latéralisé n'entraîne pas de difficultés majeures.

c) *Troubles de l'organisation spatiale*

De très nombreux tests ont été utilisés ou inventés pour dépister chez les « dyslexiques » les troubles de l'organisation spatiale : dessin du bonhomme — figure complexe de Rey — Reversal test dans lequel l'enfant doit reconnaître l'identité ou la non-identité de figures géométriques, présentées par couple et diversement orientées — test de Borel-Maisonny de reproduction de demi-cercles et de demi-droites diversement orientées — test de Piaget-Head portant sur le schéma corporel et l'imitation de gestes, etc.

On a montré que la reconnaissance droite/gauche qui est acquise entre 6 et 7 ans habituellement n'est acquise qu'entre 9 et 10 ans chez la plupart des « dyslexiques », qu'ils échouaient souvent aux tests de reconnaissance et de reproduction des formes.

L'organisation du regard a donné lieu à une intéressante étude de N. Lefèvre. Cet auteur a montré que les dyslexiques qui ont une mauvaise organisation spatiale ont aussi une mauvaise efficacité oculo-motrice. Elle en déduit qu'il y a une catégorie de « dyslexiques » qui se caractérise par des troubles de la sphère spatiale.

d) *Troubles de l'organisation temporelle*

Les épreuves de reproduction de rythmes (test de M. Stambak, test de Borel-Maisonny) sont d'après certains auteurs échouées, avec une fréquence inhabituelle chez les « dyslexiques ». Cependant une recherche récente de C. Chiland a infirmé cette hypothèse ; d'après cet auteur, les épreuves de rythmes ne sont pas plus souvent réussies par les sujets non-dyslexiques.

e) *Quotient intellectuel et niveau socio-culturel*

C. Chiland a montré qu'il y avait une corrélation étroite entre le niveau intellectuel et la réussite de l'apprentissage de la lecture en première année d'école primaire. Dans l'échantillon qu'elle a étudié, elle trouve les chiffres suivants :

- 9 % des enfants ayant un Q.I. de 110 et plus échouent à l'apprentissage de la lecture,
- 43 % des enfants ayant un Q.I. entre 90 et 109,
- 73 % des enfants ayant un Q.I. inférieur à 90.

Traditionnellement on ne parle pas de dyslexie chez les débiles, le critère d'intelligence normale étant considéré comme nécessaire au diagnostic. C. Chiland réfute cet argument dans la mesure où l'on arrive à apprendre à lire, moyennant certaines précautions, à des enfants n'ayant pas plus de 70 de Q.I.

Le niveau socio-culturel apparaît dans son étude fortement corrélé à la réussite en lecture :

Niveau socio-culturel	Niveau de lecture à la fin du cours préparatoire (11 ⁰)			
	Insuffisant ou nul	Moyen	Bon	Total
Supérieur	2	0	13	15
Moyen	4	5	15	24
Inférieur	17	6	4	27

d'après C. Chiland (L'enfant de 6 ans et son avenir).

Malmquist a montré que des facteurs socio-culturels comme le nombre de pièces du logement, le fait que l'enfant ait une chambre pour lui, le nombre de livres au foyer et l'intérêt des enfants pour la lecture, étaient très fortement corrélés avec la réussite en lecture. Par exemple il ne trouve que 13,2 % de mauvais lecteurs parmi les enfants de foyers possédant plus de 100 livres.

Ces corrélations ont conduit à des tentatives de prédiction des risques de difficultés d'apprentissage de la langue écrite, avant que l'enfant soit au cours préparatoire. Certains auteurs sont même allés jusqu'à diagnostiquer des « dyslexies » sur les seules corrélations, ce qui est bien entendu absurde. En fait C. Chiland a montré que si les tests prédictifs (Reversal test, batterie d'Inizan, etc.) avaient une certaine valeur statistique, ils ne permettaient en aucune façon de prédire la dyslexie

pour un enfant donné. D'autre part les tests prédictifs sont fortement corrélés avec le Q.I., qui apparaît finalement comme un des meilleurs critères prédictifs mais encore une fois sans valeur individuelle.

3) Les troubles affectifs

Les troubles affectifs des enfants dyslexiques ont été reconnus il y a 50 ans (Tamm, 1927). Pendant longtemps on les a interprétés comme secondaires à la situation d'échec dans laquelle se trouvaient les enfants dans le milieu scolaire et à leur sentiment de dévalorisation. Actuellement, sans rejeter cette possibilité bien sûr, beaucoup tendent à considérer la plupart des troubles affectifs des enfants « dyslexiques » comme l'expression d'un trouble fondamental de la personnalité, dont la dyslexie n'est qu'un des aspects.

Il n'est pas possible de systématiser ces troubles, qui peuvent aller de troubles névrotiques légers à des troubles prépsychotiques et psychotiques. Signalons cependant que l'on a insisté sur la facilité des « passages à l'acte » chez les enfants « dyslexiques » et qu'on a mis cette tendance en relation avec leurs difficultés d'expression par le langage, tout se passant comme si, moins les tensions psychiques pouvaient s'écouler par une expression verbale, plus elles avaient tendance à se manifester par des actes.

4) Discussion pathogénique

La pathogénie des troubles d'apprentissage de la langue écrite est toujours très controversée : affection héréditaire pour les uns (Hallgren, P. Debray) — expression symptomatique d'une conjonction de facteurs, pédagogiques, socio-culturels, instrumentaux, affectifs, pour d'autres (R. Diatkine, C. Chiland).

a) *Hérédité* : première explication retenue, la transmission héréditaire d'une anomalie cérébrale, responsable des difficultés d'apprentissage de la lecture, a eu de nombreux défenseurs. Parmi eux, Hallgren est sans doute celui qui a le plus approfondi cet aspect en menant de vastes enquêtes. Il estime à 88 % le pourcentage de formes familiales, en se fondant sur l'étude des cas pour lesquels on trouve une difficulté similaire chez l'un des ascendants. Mais il ne tient aucun compte d'une transmission de parents à enfants qui n'a rien à voir avec l'hérédité chromosomique : mauvaises conditions socio-culturelles, insuffisance de stimulations, manque d'investissement de la scolarité de l'enfant par les parents, identification de l'enfant à l'un de ses parents lui-même dyslexique. Cette négligence méthodologique rend impossible l'interprétation rigoureuse des chiffres trouvés par Hallgren.

Si l'on n'est pas possible d'écarter toute influence d'un facteur constitutionnel héréditaire, il n'est pas possible non plus, dans l'état actuel des connaissances, de l'affirmer.

Hallgren, ainsi que d'autres auteurs, trouve un pourcentage beaucoup plus élevé de garçons que de filles parmi les « dyslexiques » : 72 % de garçons, 38 % de filles. Cette différence n'est pas expliquée.

b) *Pédagogie* : la méthode globale d'apprentissage de la lecture a été fréquemment incriminée. Il semble en effet que des enfants fragilisés par une immaturité, des retards instrumentaux, des difficultés affectives, soient défavorisés par cette méthode.

Toutefois la compétence dans la façon d'appliquer une méthode et l'enthousiasme de l'enseignant sont des facteurs cruciaux. On a observé que toute innovation pédagogique améliorerait pendant un certain temps les apprentissages, puis la routine revenant on observe une baisse de rendement. Il faut donc lutter contre cette routine et faire évoluer progressivement la pédagogie.

c) *Les troubles instrumentaux* : nous avons longuement insisté sur les troubles instrumentaux corrélés à la « dyslexie-dysorthographe ». Nous n'y reviendrons pas si ce n'est pour dire que ces troubles ne sont ni caractéristiques de la « dyslexie-dysorthographe », ni suffisants pour l'expliquer. Certains enfants ayant les mêmes troubles réussissent l'apprentissage de la lecture.

S'il y a lieu de tenir compte de ces « corrélations », notamment dans la pédagogie et la rééducation, il est abusif d'en faire l'étiologie exclusive des troubles d'apprentissage de la langue écrite.

d) *Les troubles affectifs* : ils tendent à prendre aujourd'hui une place prépondérante dans les troubles d'apprentissage en général, et dans celui de la langue écrite en particulier. Il nous semble cependant qu'il faut se garder là aussi d'en faire l'unique explication. La dyslexie-dysorthographe ne nous paraît compréhensible que par une conjonction de facteurs, dont les facteurs affectifs ne sont certes pas les moindres.

Il est certain que les capacités d'apprentissage sont très vulnérables chez l'enfant. Le moindre conflit retentit sur la scolarité avant de se manifester dans d'autres secteurs. L'évolution psychique, dont nous avons parlé au début de ce chapitre, vers la résolution du conflit œdipien et la neutralisation de l'énergie psychique, est nécessaire pour que l'esprit de l'enfant soit disponible et pour que les situations d'apprentissage ne réveillent pas des conflits anciens.

IV - LES DIFFICULTES D'APPRENTISSAGE DES MATHÉMATIQUES

Les difficultés d'apprentissage des mathématiques ont donné lieu à beaucoup moins d'études et de publications que celles de l'apprentissage du langage écrit. On peut voir à cela deux raisons : l'apprentissage de la lecture et de l'écriture est beaucoup plus difficile pour l'enfant que l'apprentissage du calcul des classes élémentaires. L'intérêt pour la culture scientifique est plus récent que celui pour la culture littéraire ; ce n'est qu'à une date assez récente que les sciences et les techniques ont pris dans notre civilisation une place prépondérante et que la réussite dans les disciplines scientifiques est devenue un véritable critère de sélection.

On décrit sous le nom de « dyscalculie » des troubles de l'apprentissage de l'arithmétique élémentaire au cours de la scolarité primaire, chez des enfants d'intelligence normale. C'est de ces troubles que nous parlerons dans ce paragraphe. Il va sans dire que nous ne méconnaissions pas le fait que de très nombreuses difficultés en mathématiques sont liées à une carence pédagogique.

1) Les difficultés rencontrées

On peut distinguer :

a) Des troubles de la numération et de l'acquisition de la notion de nombre : certains enfants apprennent les nombres par cœur, sans que cela ait de signification pour eux. La notion mathématique de nombre n'est pas acquise. L'acquisition de cette notion suppose la capacité de combiner l'idée d'*inclusion* (correspondant à l'aspect cardinal des nombres) et de *sérialisation* (correspondant à l'aspect ordinal), pour aboutir à l'idée d'*itération* : un nombre est suivi d'un nombre plus grand par adjonction d'une unité. Si ces notions ne sont pas acquises, la suite des nombres ne peut pas avoir de sens pour l'enfant.

Les erreurs dans la numération sont dues au défaut d'acquisition des notions dont nous venons de parler, mais parfois à une mauvaise compréhension du système de numération fondé sur la base 10 (nous ne parlerons pas des autres bases de numération). On a remarqué par exemple que certains enfants avaient du mal à passer d'une dizaine à une autre ou des dizaines aux centaines, etc.

b) Des troubles dans le maniement des opérations : si l'apprentissage de l'addition sans retenue pose rarement des problèmes (hormis des cas de débilité intellectuelle), il n'en n'est pas de même des additions avec retenue, ni des autres opérations : soustraction, multiplication, division.

L'usage des retenues suppose une bonne maîtrise du système de numération écrit, fondé sur le fait que la signification d'un chiffre dépend de sa place dans le nombre.

La réussite des autres opérations arithmétiques est plus difficile que celle de l'addition, dans la mesure où elles nécessitent un plus grand degré d'abstraction. Certains enfants confondent les signes respectifs des diverses opérations. D'autre part on a remarqué que l'action de soustraire et de

diviser provoquait parfois des réactions d'inhibition, liées aux angoisses primordiales : angoisse de morcellement, angoisse de castration.

c) Des troubles dans la résolution des problèmes : un enfant peut manier bien les quatre opérations mais avoir le plus grand mal à résoudre un problème, même élémentaire. Une réaction fréquente à l'énoncé d'un problème est « quelle opération faut-il faire ? », avant que tout raisonnement ait été ébauché.

Il n'est pas rare que l'enfant soit gêné dans la lecture et la compréhension des énoncés par une insuffisance d'élaboration de son langage. Piaget a montré que les débuts du développement intellectuel étaient relativement indépendants du langage, mais que très vite le langage devenait indispensable pour permettre la symbolisation et l'accès à des concepts abstraits. Les enfants déficients sur le plan verbal par défaut de capacité de symbolisation, se trouvent rapidement déficients en mathématique. D'autre part, la pauvreté du vocabulaire ou de la syntaxe, les troubles de l'acquisition du langage écrit sont par eux-mêmes des obstacles importants à la compréhension des énoncés.

2) Les structures psychopathologiques rencontrées

C. Daurat-Hmeljak et coll. ont fait une étude détaillée d'un groupe de 60 enfants rééduqués pour « dyscalculie » à l'Institut Claparède à Paris. Ils ont repéré différentes structures psychopathologiques :

Les « inhibés », qui représentent la majorité du groupe (32/60). Ils sont caractérisés par « une inhibition générale en rapport avec l'anxiété, dans un tableau d'immaturité affective. La passivité, la lenteur, le retrait devant les initiatives, marquent le comportement habituel et en toutes circonstances. Toutefois de brèves ouvertures avec compréhension rapide et réponse adéquate témoignent de leurs aptitudes potentielles, mais elles ne se maintiennent pas et le blocage réapparaît ».

Les auteurs distinguent : les inhibés bloqués sur le plan verbal — les inhibés bloqués sur le plan performance — les inhibés bloqués globalement, en se fondant sur les résultats du W.I.S.C.

Ils distinguent aussi les inhibés qui échouent aux opérations et ceux qui échouent aux problèmes.

Ils décrivent ce groupe de « dyscalculiques inhibés » comme des enfants de structure névrotique. Ils réagissent relativement bien à la rééducation, surtout si l'inhibition porte sur la résolution des problèmes. La qualité de la relation qui s'établit entre le rééducateur et l'enfant paraît l'élément le plus important du processus de rééducation.

Les « états psychotiques » représentent 12 cas de leur échantillon, tous garçons : « ce sont des personnalités mal structurées, qui ne refusent pas le contact, mais sont très dispersées, vivant dans un univers fantasmatique dont ils ne peuvent se détacher, en général très archaïque et le projetant dans la réalité qu'ils méconnaissent. C'est une méconnaissance du monde extérieur et de ses lois qui forme le noyau de leurs troubles en calcul ».

Les auteurs en distinguent deux groupes : les enfants dispersés, éparpillés, agités, infiltrés d'une activité fantasmatique envahissante — les enfants qui nient leurs difficultés et ressentent comme une blessure narcissique intolérable leurs échecs.

Ce type d'enfants est peu sensible à la rééducation dont on peut se demander si elle n'est pas tout à fait contrindiquée, surtout lorsque l'enfant ne supporte pas la situation d'échec.

Les « instables » représentent 9 cas de l'échantillon (8 garçons, 1 fille) : « les lacunes ne sont pas importantes et les obstacles à la compréhension ne sont que superficiels. Ces sujets présentent essentiellement des attitudes de blocage associées fréquemment à des problèmes d'organisation spatiale ; ils font vite, ils font n'importe quoi, s'agitent de façon permanente et affichent une désinvolture provoquante, souvent vécue comme très éprouvante en rééducation, comme en milieu familial et scolaire ».

Malgré leurs difficultés, les rééducations peuvent donner des résultats appréciables. La qua-

lité, le côté attrayant du matériel et des techniques pédagogiques, notamment celles fondées sur les recherches de Piaget, paraissent jouer un rôle essentiel.

Les auteurs relèvent dans ce groupe un nombre important de perturbations de la famille, notamment des troubles psychopathologiques graves d'un des parents ou la disparition de l'un d'eux.

En dehors de ces catégories, les auteurs dénombrent trois cas d'atteintes neurologiques (hémiplégie, hydrocéphalie), qui se caractérisent par des troubles instrumentaux importants et une grande fatigabilité ; et quatre cas de débilité intellectuelle légère. Même dans ces cas, la rééducation a donné des résultats intéressants et a parfois fait progresser le chiffre du Q.I.

3) Discussion pathogénique

Quelques auteurs ont cherché à rendre compte des difficultés d'apprentissage des mathématiques par des hypothèses purement neurologiques. C'est le cas par exemple de G. Hasaert et de E. Van Geertruyden qui décrivent une « dyscalculie d'évolution » sur le modèle de l'« acalculie » de l'adulte atteint d'un syndrome de Gertsman (dû à une atteinte pariéto-occipitale gauche), et qui comprendrait comme ce syndrome une apraxie constructive et une agnosie des doigts. En fait on n'a jamais trouvé de lésion cérébrale spécifique chez des enfants souffrant de « dyscalculie ».

Plusieurs auteurs ont insisté sur les troubles instrumentaux rencontrés avec une fréquence accrue chez les enfants « dyscalculiques » : troubles de la spatialité (Daurat-Hmeljak et Narzian) — troubles de la temporalité (M. Lauriol) — troubles du développement du langage (B. Cazenave).

La corrélation entre le chiffre du Q.I. et la réussite en calcul est très nette.

Tous ces troubles instrumentaux sont bien entendus des facteurs importants de difficultés d'apprentissage des mathématiques. On peut dire que les capacités mathématiques d'un individu sont largement tributaires de la qualité de ses instruments. Piaget a montré que le raisonnement logico-mathématique s'enracinait dans la manipulation des objets par l'enfant et se développait grâce à sa capacité de symbolisation et de généralisation des résultats de ses expériences spontanées. Pour cela il faut à l'enfant de bonnes capacités motrices et spatiales, de bonnes capacités de symbolisation, qui vont de pair avec le développement du langage, de bonnes possibilités de généralisation et d'abstraction, qui sont les qualités essentielles de l'intelligence.

On a encore incriminé à juste titre des erreurs pédagogiques et en particulier le recours trop rapide à des notions abstraites que l'enfant ne peut pas assimiler, l'usage excessif d'automatismes, de « trucs », dénués de sens véritable pour l'enfant. La pédagogie moderne tente de réagir contre ces erreurs en utilisant des manipulations concrètes qui préparent l'enfant à l'abstraction.

Mais il faut aussi prendre en compte des troubles de la personnalité. Rappelons que Daurat-Hmeljak et coll. trouvent chez la plupart de leurs « dyscalculiques » des troubles de cette nature. Il est surprenant au premier abord que des facteurs aussi éloignés l'un de l'autre, l'intelligence mathématique d'une part, l'affectivité d'autre part, puissent interférer. Cela s'explique si l'on admet qu'à l'origine du développement de l'enfant l'objet de la pulsion et l'objet de la connaissance ne sont pas séparés mais un seul et même objet, et qu'il peut par conséquent y avoir déplacement de l'un des secteurs à l'autre.

Beaucoup d'échecs d'apprentissage des mathématiques ont une telle origine : « Dans toutes ces formes d'échecs, catastrophiques ou relatifs, écrit R. Diatkine, on reconnaît un caractère commun, à savoir un déplacement d'investissements venant contaminer une activité mentale qui se voudrait aseptique et sublimée. Que ce soit exprimé par des perturbations aboutissant sous quelques déguisements à la conscience, ou que ce soit totalement refoulé comme dans les cas les plus communs d'inhibition du raisonnement mathématique, l'incapacité mathématique comprend généralement un excès de significations et d'associations. La fonction pare-excitation du Moi provoque alors l'inhibition ou une élaboration défensive parasite éliminant les affects désagréables dus à l'investissement supplémentaire ».

Nous avons à plusieurs reprises observé l'influence d'un « non-dit » sur l'apprentissage des mathématiques, notamment d'un « non-dit » portant sur la filiation de l'enfant. En voici une observation :

Stéphane est vu à l'âge de 7 ans 10 mois, pour des difficultés en calcul qui lui ont fait redoubler le CE1. Il est le 2^e de trois, a un frère aîné de 16 ans et une sœur de 9 ans. Son père est âgé de 31 ans, sa mère de 40 ans. C'est un enfant sage et qui a de bonnes relations avec les autres enfants ; il ne pose aucun problème de comportement, ni à la maison, ni à l'école. On le trouve même un peu timide. Le contact avec lui est bon ; il se présente comme un enfant voulant bien faire et craignant de se tromper. Il revient souvent sur ses difficultés en calcul et dit qu'il en rêve.

Le couple parental paraît de bonne qualité. Le père regrette de n'avoir pas plus de temps pour s'occuper de son fils, mais il a de bonnes relations avec lui.

Le Q.I. de Stéphane est de 92 à la Nemi et il obtient un âge mental de 7 ans 1/2 à 8 ans aux cubes de Kohs.

Une rééducation du calcul est entreprise mais ses résultats sont décevants. Stéphane semble assimiler ce qu'il apprend pendant les séances de rééducation, mais il ne peut l'utiliser en classe et il semble avoir perdu ses acquisitions à la séance suivante.

Rien ne paraît expliquer cette sévère « dyscalculie ». Nous sommes simplement étonnés par la différence d'âge entre les parents, le père a 9 ans de moins que sa femme, et il y a un fils aîné, âgé de 16, dont il paraît difficile qu'il soit le fils du père de Stéphane. Lors du 3^e entretien avec la mère de Stéphane, nous abordons ce problème et elle nous dit qu'en effet elle a eu ce premier enfant avec un autre homme, avant son mariage. Elle ajoute que Stéphane n'en sait rien, elle pense qu'il est trop petit pour l'apprendre et elle craint qu'il soit choqué d'apprendre que son père n'est pas le père de son frère aîné. A notre demande elle révèle à Stéphane la vérité sur la filiation de son frère et peu de temps après se produit un déblocage très net en calcul. La rééducatrice nous écrit « j'ai l'impression qu'il y a eu un déblocage en calcul, car ses progrès ont été plus nets ces trois derniers mois. Le mécanisme des opérations me paraît acquis, même s'il se trompe encore de temps en temps ».

On peut dire que tout semble se passer comme si l'impossibilité d'accéder à la connaissance fondamentale qui porte sur l'origine, la filiation, la sexualité, inhibait chez l'enfant d'autres capacités de connaissance et de raisonnement, notamment dans le domaine des mathématiques.

BIBLIOGRAPHIE

- AMADO (G.). — Le devenir de 55 cas sévères de psychiatrie infantile. *Psychiat. Enfant.*, 1967, 10, pp. 465-537.
- BEAUVAIS (J.). — Point de vue pédagogique (sur les mathématiques). *Psychiat. Enfant.*, 1973, 16, pp. 487-504.
- BROUSSELLE (A.). — Réflexions sur l'acquisition des premières notions mathématiques et ses vicissitudes. *Psychiat. Enfant.*, 1973, 16, pp. 467-492.
- CAHN (R.). — L'évolution des structures psychopathologiques des enfants inadaptés. *Psychiat. Enfant.*, 1962, 5, pp. 255-316.
- CATTAN (L.). — Mathématiques modernes pour les enfants. *Rev. Neuro. Psychiat. Infantile*, 1970, 18, pp. 73-83.
- CAZENAVE (D.). — Incidences du retard de langage sur le calcul. *Rev. Neuro. Psychiat. Infantile*, 1970, 18, pp. 41-57.
- CHILAND (C.). — La maladie nommée dyslexie existe-t-elle ? In « L'enfant de 6 ans et son avenir », 1 vol., P.U.F., Paris, 1973, pp. 203-248.
- DAURAT-HMELJAK (C.) et NARZIAN (R.). — Rééducation du calcul. *Psychiat. Enfant*, 1967, 10, pp. 539-554.
- DAURAT-HMELJAK (C.), MONTES-BOADA (R.), NARZIAN (R.) et PORTIER (C.). — Réflexions à partir de 60 cas de rééducation du calcul. *Rev. Neuro. Psychiat. Infantile*, 1970, 18, pp. 19-39.
- DIATKINE (R.). — Réflexions d'un psychanalyste d'enfants (sur les troubles d'apprentissage des mathématiques). *Psychiat. Enfant*, 1973, 16, pp. 505-513.
- DUGAS (M.), GUILLARME (J.J.), VELIN (J.), BOBET (R.). — Guide du diagnostic des difficultés scolaires. Série Scientifique Lefrancq, n° 2, 1970, 24 p.
- HASAERT (S.), VAN GEERTUYDEN (E.). — Dyscalculie d'évolution. *Rev. Neuro. Psychiat. Infantile*, 1970, 18, pp. 5-18.

JONGEN (E.), MOUVET (G.), WUIBAR (A.), GABEL (M.), KLEIN (F.), LEBOUTEILLER (M.T.), BETTSCHART (W.) et MERIUS (G.). — Etude comparative des données cliniques des cohortes de trois services de psychiatrie de l'enfant. *Psychiat. Enfant*, 1973, 16, pp. 515-564.

LAURIOL (M.). — Importance de la notion de temps dans l'acquisition et la rééducation du calcul.

MAZET (Ph.), VOIZOT (B.). — Le psychiatre et l'école. *Rev. Pédiat.*, 1976, 12, pp. 355-362.

SPERLING (M.). — Les phobies scolaires (trad. VA-

LIÈRE-GOUTAL H.). *Rev. Fr. de Psychan.*, 36, 2, 1972, pp. 265-290.

STAMBAK (M.), VIAL (M.), DIATKINE (R.) et PLAISANCE (E.). — La dyslexie en question. 1 vol., Colin-Bourrelle, Paris, 1972.

En ce qui concerne les problèmes de l'enfant à l'école élémentaire, on peut encore citer la série d'articles parus dans *La Revue de Pédiatrie*, de février 1976 à janvier 1978, auxquels ont collaboré J. LEVINE, G. VERMEIL, J. GILBERT, J. GOUDART, A. LEBAS, Ph. MAZET et B. VOIZOT, M.A. BRUNON, A. FOULON, H. et P. CORDELIÉ, C. DUCHEMIN, F. TONNELIER.

L'ADOLESCENCE ET SES TROUBLES ⁽¹⁾

Aux limites chronologiques imprécises, l'adolescence est une période au cours de laquelle l'équilibre établi précédemment est bouleversé. Ce bouleversement se manifeste :

- dans la vie personnelle et interpersonnelle de l'adolescent, par l'aménagement de nouvelles relations avec ses parents et autrui, comme avec lui-même et son propre corps ;
- dans le champ psychopathologique, par la difficile frontière entre la crise de l'adolescence et des aspects cliniques au pronostic parfois péjoratif.

L'adolescence est souvent décrite comme une rupture douloureuse avec le monde de l'enfance, qui va s'extérioriser par des attitudes relationnelles hétérogènes, contradictoires, mobiles, conflictuelles mais dont le déroulement va s'inscrire dans une configuration psychique qui caractérisera l'adulte.

Avant de décrire les grands problèmes cliniques qui se posent à l'adolescence, il nous a semblé utile de prolonger ce qui a été décrit au sujet de cette période lors du chapitre consacré au développement affectif, en approfondissant ici, dans une perspective psychodynamique, les transformations qui constituent l'adolescence.

I - ASPECTS PSYCHODYNAMIQUES DE L'ADOLESCENCE

D'emblée il faut souligner que les aspects psychodynamiques de l'adolescence que nous allons décrire sont ceux qui apparaissent dans un milieu socio-culturel donné. « Les attentes sociales sont en cette période, variables et fluctuantes selon le milieu, le domaine considéré, les situations. Suivant les tâches qu'on lui propose, suivant les inerties plus ou moins marquées du milieu familial, l'adolescent en tant qu'adolescent est appelé à faire preuve soit d'obéissance, soit d'initiative, soit de soumission, soit de responsabilité » (B. Zazzo). De même, comme le souligne E. Kestemberg, « on peut imaginer, à défaut de le savoir vraiment, que dans les pays où la nubilité s'accompagne presque immédiatement d'une insertion sociale dans la vie des adultes... par l'intermédiaire de rites de passages codifiés ou même d'un mariage imposé systématiquement... les problèmes de l'adolescence se présentent de manière toute différente de ce qu'ils sont dans les pays de culture européenne où la nubilité n'entraîne aucune modification du statut socio-culturel ».

L'avènement de la maturité génitale est cependant un fait universel à cet âge de la vie et le premier d'une série de facteurs jouant un rôle dans les processus psychodynamiques de l'adolescence.

(1) Ce chapitre a été rédigé après une réflexion et une discussion communes par A. Braconnier, ancien chef de clinique en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

A) LA PROBLEMATIQUE DU CORPS

Les profondes modifications physiologiques de la puberté tant génitales (développement des organes génitaux et des caractères sexuels secondaires : pilosité, seins, apparition d'érections avec éjaculations ou des premières règles) que générales (taille, développement musculaire, etc.) ont d'importantes répercussions psychologiques.

En définitive, cet impact psychologique a lieu à un triple niveau, réel, imaginaire et symbolique.

1) Les transformations de la puberté et l'accession à la sexualité génitale

Le rôle des transformations génitales de la puberté a été souligné par S. Freud qui note dans les Trois Essais sur la théorie de la sexualité : « avec le commencement de la puberté apparaissent des transformations qui amèneront la vie sexuelle infantile à sa forme définitive et normale ». Ces transformations, il les résume en une modification de la pulsion sexuelle qui va maintenant découvrir l'objet sexuel chez autrui, en une subordination des zones érogènes (orale, anale, urétrale) au primat de la zone génitale (organes sexuels), l'émission des produits génitaux, chez l'homme, étant le nouveau but sexuel à la réalisation duquel coopèreront dorénavant toutes les pulsions partielles (pulsion orale, anale, pulsion de voir par exemple). Cette émission va également caractériser le plaisir terminal opposé en cela au plaisir préliminaire, source de tension et lié à l'excitation des zones érogènes telle qu'on la rencontre déjà chez l'enfant.

Il ne s'agit évidemment pas ici d'étudier les conceptions de Freud de même que les points de vue psychanalytiques les plus récents sur la sexualité, mais simplement de noter que Freud accorde sur ce sujet beaucoup d'importance aux modifications physiologiques de la puberté. Ce point de vue est adopté par beaucoup d'autres : Mélanie Klein, Anna Freud, D.W. Winnicott verront dans ces modifications physiologiques la source d'une perturbation de l'équilibre psychique de l'adolescent ; Edith Jacobson attribue aux premières éjaculations chez l'adolescent (lesquelles conduisent habituellement le garçon à se masturber) la réactivation de l'angoisse de castration et la source de conflits de culpabilité intense ; elle considère de même que les premières règles chez l'adolescente ne sont pas moins source de conflit par le renforcement de la croyance infantile des filles en leur castration.

2) L'image du corps

Même si l'évolution des caractères pubertaires est inégale dans son intensité et irrégulière dans sa chronologie, le corps de l'adolescent se modifie dans son ensemble et l'adolescent a du mal à intégrer ces diverses transformations, qui de toute façon surviennent à un rythme rapide.

- *Le corps comme repère spatial.* Le corps change dans son aspect extérieur, dans ses dimensions ; il existe volontiers une certaine maladresse dans la mobilisation de ce corps dans l'espace. « L'adolescent est un peu comme un aveugle qui se meut dans un milieu dont les dimensions ont changé » (A. Haim). Ceci a pour conséquence que l'adolescent perd cet instrument de mesure et de référence par rapport à l'environnement, qu'est la perception de son corps propre, « véritable déficit psychomoteur transitoire » (A. Haim).

- *Le corps comme représentant symbolique.* Les modifications corporelles dans leur ensemble vont également être source de fierté ou de sentiments d'imperfection et d'insuffisance, et réveiller par-là même les angoisses et les sentiments liés à l'organisation phallique et au conflit œdipien (cf. premier volume). Ce n'est pas rien pour un garçon de rattraper et parfois même de dépasser son père en taille ou pour une fille d'attirer sur la sveltesse de ses jambes ou la fermeté de sa poitrine les regards des hommes qui se détournent par-là même des femmes d'âge mûr et en particulier de sa mère. A l'inverse les réactions de l'entourage et en particulier des parents vis-à-vis de l'aspect morphologique de l'adolescent peuvent jouer un rôle déterminant dans sa perception de lui-même. Il n'est plus rare de voir

une mère emprunter les vêtements de sa fille, manifestant là une attitude « contre-œdipienne » caractéristique (attitude caractérisée par exemple, non plus par la jalousie de la petite fille à l'égard de sa mère mais par l'hostilité refoulée de la mère à l'égard de sa fille par rapport à l'intérêt que lui porte le père).

- *Le corps et le narcissisme.* Les modifications corporelles et les remaniements de l'image du corps induisent enfin chez l'adolescent un « bouleversement profond des investissements objectaux et des investissements narcissiques » (E. Kestemberg), lequel peut aller jusqu'à un net repli narcissique devant la pulsion sexuelle dans certains cas. La prévalence de l'investissement de soi, à cette époque, va se manifester, au niveau du corps, par un intérêt exagéré à l'égard de celui-ci, de son esthétique, de sa propreté, par des préoccupations à l'égard de telle ou telle partie du corps; ou bien paradoxalement par un désintérêt apparent total.

- *Le corps et le sentiment d'identité.* Les modifications physiques sont en même temps ressenties par l'adolescent à un niveau plus archaïque, il ressent une inquiétante mais généralement passagère impression que son corps lui est devenu étranger. « Le sentiment de bizarrerie ou d'étrangeté qu'ont beaucoup de sujets à cet âge (à propos de leur corps) est du même type, en dehors de tout facteur psychotique, que le sentiment de ne pas s'identifier de manière sûre » (P. Male). E. Kestemberg aussi souligne l'importance de l'image du corps chez l'adolescent sur son sentiment d'identité, comme nous allons le voir en abordant plus loin le problème de l'identité.

B) LE REMANIEMENT DE L'ÉQUILIBRE PULSION-DEFENSE

Le remaniement de l'équilibre pulsion-défense est un des traits fondamentaux du travail intrapsychique de l'adolescence et marque bien la rupture avec la phase de latence. Nous avons vu qu'à l'adolescence la pulsion sexuelle est quantitativement ravivée et qualitativement modifiée en devenant génitale. En outre les pulsions de toutes les phases pré-génitales refont surface. Parallèlement « les mécanismes de défense (déplacement, refoulement, isolation, etc.), des plus simples aux plus complexes sont employés » (Anna Freud). Cet auteur a particulièrement éclairé ce remaniement de l'équilibre pulsion-défense à l'adolescence : « Ce combat entre le Moi et le Ça comporte une première trêve au début de la période de latence, et, plus tard, un nouveau conflit dès l'approche de la puberté, période où la distribution des forces à l'intérieur de l'individu est bouleversée par des changements quantitatifs et qualitatifs des pulsions. Exposé à l'anxiété par le développement des pulsions, le Moi, tel qu'il a été formé pendant l'enfance, part en bataille pour sa survie, met en jeu toutes les méthodes de défense disponibles et les exploite au maximum ».

En outre Anna Freud décrit des mécanismes de défense spécifiques de l'adolescence face aux pulsions :

- « *L'ascétisme* », qui doit être différencié du refoulement, rappelle ainsi moins les symptômes névrotiques que l'ascétisme de certains religieux. Cet ascétisme destiné à combattre les véritables désirs pulsionnels peut être même reporté sur les besoins physiques les plus ordinaires. Il aboutit souvent à un moment donné à un revirement subit qui fait que tout ce qui avait été interdit devient tout à coup permis. Ce mécanisme de défense comme l'adolescence elle-même est normalement transitoire.

- « *L'intellectualisation* », qui sert bien-sûr au Moi à lutter contre les pulsions, agit en « reliant étroitement les processus pulsionnels aux contenus de représentations afin de les rendre accessibles à la conscience et par-là gouvernables ». En fait le Moi augmente ses efforts pour élaborer intellectuellement le processus instinctuel devant l'augmentation quantitative de ce dernier.

- « *L'intransigeance* » qui empêche la moindre interférence entre le Moi et le Ça permet par-là même à l'adolescent de ne pas se sentir dans le registre du compromis et de l'interférence entre des forces opposées, ce que supporte très difficilement l'adolescent.

N'oublions cependant pas que l'adolescent devant les forces pulsionnelles a recours aux mécanismes de défense déjà utilisées antérieurement et même à des défenses de type primitif comme le déni, l'introjection et la projection (E. Jacobson).

C) L'ADOLESCENCE EN TANT QUE TRAVAIL DE DEUIL

Aux modifications physiologiques et pulsionnelles entraînant un remaniement des défenses, s'associe un deuxième grand mouvement intra-psychique de l'adolescence lié à l'expérience de séparation et de perte d'objet qui fait assimiler le travail de l'adolescence au travail de deuil (A. Haim). L'adolescent doit se détacher des personnes influentes de son enfance, de ses anciens plaisirs, de ses objectifs antérieurs.

- *La perte réelle.* Chez l'adolescent, le relâchement des rapports avec l'environnement habituel et en particulier les parents peut être ressenti comme une perte réelle (W.A. Shonfeld). Les liens d'amour qui lient l'adolescent à ses parents sont amenés à se modifier pour qu'il puisse librement choisir un objet d'amour dans sa génération. Anna Freud constate une similitude de réponses des réactions des adolescents avec celles de deux autres types de pertes réelles, les déceptions sentimentales et les deuils. Dans ces trois situations, le sujet doit renoncer à un type de relation sans espoir de retour.

- *Résurgence des expériences de séparation.* Cette perte réelle ravive les expériences antérieures de séparation (séparation du jeune enfant de sa mère, de l'enfant plus grand de son milieu habituel, lors de son insertion scolaire, etc.). Ce point de vue (en plus des modifications corporelles, de l'acquisition d'un certain degré d'autonomie) amène la plupart des psychanalystes à comparer l'adolescence à la première enfance (phase de séparation de l'objet maternel, des modifications corporelles et de l'acquisition d'un certain degré d'autonomie personnelle grâce à la marche). Pour E. Kestenberg par exemple, le processus de l'adolescence est comparable à l'angoisse de séparation du 8^e mois au cours duquel l'enfant doit se sentir exister entier en dehors de l'objet maternel, préfigurant l'interrogation de l'adolescent : « Comment faire pour être ? ». Dans la même optique, mais en référence à la théorie Kleinienne, D. Meltzer pense que l'adolescent essaie de court-circuiter la perlaboration des angoisses dépressives qui sont le préalable à l'établissement d'objets internes ayant leur pleine présence. De même pour J.F. Masterson, le début de la puberté représente d'un certain point de vue la seconde phase du processus de « séparation-individuation », dans la terminologie de M. Mahler (la première se situant entre la deuxième partie de la première année et 3 ans environ).

- *Deuil des objets infantiles en particulier œdipiens.* L'adolescent est confronté à une poignante ambivalence vis-à-vis de la situation œdipienne : sous le poids de l'évolution génitale, il est face à ses fantasmes œdipiens, ses désirs incestueux sexuels et hostiles et son angoisse de castration (cf. volume 1), tout en étant poussé, par le surcroît d'énergie créé, « à conquérir son indépendance, à se libérer de l'emprise parentale et à liquider la situation œdipienne » (A. Haim). Il tente alors divers aménagements qui impliquent, quels qu'ils soient, le risque d'une perte d'objet ou d'une perte narcissique car tout choix implique un renoncement et par-là même une perte. De toute façon, il ne peut à moyen terme que renoncer à l'objet œdipien et se reconnaître impropre à la situation œdipienne (perte d'objet et blessure narcissique).

L'adolescent doit donc renoncer tôt ou tard à ses objets œdipiens et pré-œdipiens mais il doit aussi renoncer à la sécurité du milieu familial et à l'imaginaire parentale idéalisée. Celle-ci était constituée par son propre sentiment de tout pouvoir réaliser (comme cela se manifeste très clairement dans le jeu), « Idéal mélagomane infantile », projeté sur ses parents. A ce titre, le travail de l'adolescence est bien comparable à celui du deuil car pour l'adolescent comme pour l'endeuillé : ...« la réalité prononce son verdict : elle nous dit que l'objet n'existe plus. Et le Moi... se détermine à rompre son lien avec l'objet anéanti » (S. Freud). De manière très explicite, A. Haim écrit : « comme l'endeuillé, l'adolescent reste à certains moments abîmé dans le souvenir de ses objets perdus et comme lui, l'idée de la mort lui traverse l'esprit. Mais comme la dynamique de deuil normal permet d'entreprendre le travail, celle de l'adolescence fait que rien ne se fixe ». L'adolescent dispose en plus de quantités d'énergies plus grandes que l'adulte pour accomplir son travail de deuil et certaines attitudes répondant à des mécanismes de défense spécifiques vont le prouver.

- *Défense contre la perte d'objet.* Anna Freud a bien décrit ces différentes défenses :

— *Transfert de la libido sur des substituts parentaux.* Ce transfert est d'autant plus aisé si ces derniers, dans l'image qu'ils donnent, sont diamétralement opposés en apparence à celle des parents. Il peut s'agir d'un oncle ou d'une tante, d'un enseignant, d'un leader politique, d'une idole de la chanson ; il peut surtout s'agir d'un groupe ou d'une bande.

— *Transformation en leur contraire des sentiments éprouvés à l'égard des imagos parentales.* Ceci se traduit souvent comme une revendication et un sentiment de liberté, la dépendance se transformant en révolte. Ce moyen peut avoir une autre conséquence : le retournement contre soi-même de l'hostilité et de l'agressivité destinées aux objets infantiles, ce qui explique en partie certaines conduites auto-destructrices, tentatives de suicide par exemple.

— *Retrait de la libido dans le Soi* qui peut se manifester sous la forme d'idées de grandeur, de manifestations de prestance, ou sous la forme de dévalorisation ou de plaintes hypochondriaques.

— *La régression*, plus ou moins massive, dans une tentative de revivre les premières relations avec l'objet maternel.

Au total, les deux modes principaux de défense contre la perte d'objet sont :

: l'établissement de relations substitutives (souvent du reste sous la forme de « coup de fou-dre », A. Freud) ;

: un certain degré de retrait narcissique.

D) LE NARCISSISME ET L'ADOLESCENCE

Aucun travail sur l'adolescence n'omet d'insister sur l'importance de la dimension narcissique dans le processus de l'adolescence. Dans la mesure où le terme de narcissisme a dans la littérature psychanalytique des significations nombreuses et parfois divergentes, précisons qu'il est utilisé ici dans le sens de l'investissement de soi ou du Soi (notion très utilisée aux U.S.A., par E. Jacobson, H. Kohut, O. Kernberg, par ex.).

● *Le retrait narcissique comme moyen de défense.* Nous venons de voir que la rupture des anciennes relations objectales pouvait avoir pour effet de détacher la libido du monde extérieur et ainsi de l'amener dans le domaine narcissique. En effet l'adolescent a une forte propension à avoir des préoccupations narcissiques, physiques ou intellectuelles, même lorsqu'il semble nouer de nouvelles relations objectales, car il agit alors comme s'il vivait à travers les autres sa propre vie, comme s'il exprimait à travers les autres ses propres sentiments ou ses propres opinions (A. Freud, H. Deutsch, E. Jacobson, A. Haim).

Il est même considéré comme normal que l'adolescent traverse des périodes de retrait narcissique (E. Jacobson).

● *La prévalence de l'investissement narcissique comme moyen d'existence.* Les modifications de l'image de son corps, les questions sur son identité poussent également l'adolescent à enfler son investissement narcissique pour obtenir de lui-même une image satisfaisante et une réponse rassurante sur son « qui suis-je ? », synonyme de « qui je deviens ? ».

Mais surtout l'Idéal du Moi (« modèle auquel le sujet cherche à se conformer »), le Moi Idéal (« idéal de toute puissance infantile et narcissique », « je suis le plus fort du monde » comme peut le dire parfois un enfant) sont des instances intra-psychiques en relation directe avec la libido narcissique (énergie psychique qui fait prendre au sujet sa personne propre comme objet d'amour). Elles subissent à l'adolescence de profonds remaniements. Un surinvestissement narcissique est fréquemment constaté durant l'adolescence.

Cette prévalence de la libido narcissique sur la libido objectale peut être à la fois source de plai-

sir et source de souffrance pour l'adolescent ; source de plaisir en permettant à l'adolescent de se sentir exister, fort et puissant, source de souffrance dans la confrontation à la réalité et aux autres qui limitent cette inflation narcissique.

E) LE PROBLEME DE L'IDENTITE

Deux conceptions différentes abordent le problème de l'identité chez l'adolescent :

- l'une que nous appellerons « psychosociologique », qui étudie les différents traits qui caractérisent l'identité d'un individu et en particulier d'un adolescent, en fonction notamment de son milieu ;
- l'autre, plus spécifiquement psychanalytique, qui s'intéresse aux liens entre identité, identifications, relations narcissiques et objectales.

1) L'approche « psychosociologique »

Cette approche va être illustrée, à titre d'exemple, par les points de vue suivants.

Pour E.H. Erikson, l'adolescent confronté à la crise d'identité réagit selon la façon dont dans son enfance il a intégré les différents éléments d'identité : « Si le tout premier stade a légué à la crise d'identité un important besoin de confiance en soi et dans les autres, alors l'adolescent recherchera avec ferveur les hommes et les idées auxquels il puisse accorder sa foi... si le second stade a établi la nécessité d'être défini par ce qu'on peut vouloir librement, alors l'adolescent recherchera l'occasion favorable pour décider, en plein accord avec soi, sur laquelle des avenues disponibles et indispensables du devoir et du service il s'engagera... ». Erikson décrit des différents types d'adolescent selon la prévalence de tel stade antérieur dans la construction de l'identité :

- l'adolescent à la recherche d'idéal,
- l'adolescent volontaire,
- l'adolescent fonctionnant dans l'imaginaire et l'illusion,
- l'adolescent à la recherche d'un travail passionnant sans autre motivation,
- l'adolescent idéologue.

La société a ainsi, pour Erikson, un rôle capital à jouer pour permettre à l'adolescent de développer ou d'intégrer les différentes étapes sous peine de voir apparaître chez celui-ci une sauvage énergie destructrice.

W.A. Shonfeld décrit les différents facteurs permettant de cerner l'identité du Moi de l'adolescent. Plusieurs questions permettent de comprendre ces différents facteurs et sont contenues dans le « qui suis-je ? » :

- « à quelle catégorie est-ce que j'appartiens ? » : identité sociale ;
- « qu'est-ce que je représente ? » : identité morale ;
- « que vais-je devenir ? » : identité projective ;
- « comment est-ce que je m'entends avec les autres ? », et en particulier « quels sont mes rapports avec l'autre sexe ? » : Identité du Moi se situant sur le plan des rapports interpersonnels ;
- « suis-je en mesure de me suffire à moi-même ? » : identité testant la capacité de séparation et d'autonomie ;
- « quel type de personne suis-je ? » : identité de genre.

2) L'approche « psychanalytique »

Celle-ci critique l'approche psychosociologique en soulignant que cette dernière semble sup-

primer les connexions entre l'identité et les identifications, entre celles-ci et les relations d'objet (E. Jacobson).

Beaucoup de psychanalystes pensent que le cœur du problème de l'adolescence est celui de l'identité et de l'identification, ces deux repères constituant un seul et même mouvement (E. Kestenberg) ; en d'autres termes les difficultés d'identification des adolescents et par-là même l'interrogation anxieuse sur leur identité se retrouve à travers tous les conflits des adolescents. Nous l'avons constaté tout au cours de ce rappel des aspects psychodynamiques de l'adolescence :

- les modifications corporelles questionnent l'adolescent sur son image du corps ;
- l'émergence pulsionnelle ravive ses conflits fantasmatiques œdipiens ou archaïques et par-là même appelle un réajustement de la structure antérieure du Moi de l'adolescent ;
- le désir conscient de l'adolescent de s'affirmer et de rejeter ses images parentales remet en jeu tout son système relationnel et ses identifications.

Cette distanciation et la prévalence de la libido narcissique, pour se sentir lui-même étranger aux autres, ne mettent pas l'adolescent à l'abri d'une angoisse transitoire concernant la cohésion de sa personne.

Enfin, au niveau du Surmoi et de l'Idéal du Moi, l'adolescent est confronté au problème délicat « d'atténuer les images idéalisées des parents sexuellement répressifs et de les concilier avec une conception réaliste des parents sexuellement actifs et de plus en plus libéraux ; mais il doit en même temps élaborer de nouveaux critères moraux fondés sur un renforcement du tabou de l'inceste » (E. Jacobson).

En définitive, dans l'ensemble des processus dynamiques de l'adolescence, le problème des identifications et de l'identité est soulevé. « La découverte de « je » est une partie fondamentale du travail d'adolescence » (A. Haim). Au total, tout comme durant certaines périodes, l'adolescent ne reconnaît pas son corps (identité corporelle), il ne reconnaît pas son Moi (identité psychique).

F) CONCLUSION

Les différents aspects psychodynamiques que nous venons de décrire donnent en définitive à la **phase juvénile** plusieurs caractères.

1) *La rupture* avec le monde de l'enfance et en particulier avec la période de latence qui précède directement la puberté, est le premier trait dynamique à souligner : rupture particulièrement explicite dans l'équilibre défense-pulsion mais aussi dans l'image du corps sexué et les repères corporels et spatiaux jusqu'alors utilisés, dans la relation avec les images parentales, dans les « objets » d'identifications positives, négatives ou idéalisées (parents, copains, héros).

Cette rupture sera encore plus apparente « par rapport au comportement antérieur, aux activités de l'entourage et aux projets élaborés en commun (D. Widlocher).

2) L'aspect de *dysharmonie* du développement est particulièrement net à cette phase. Les progrès ne sont pas synchrones dans les différents domaines. Une précocité intellectuelle peut s'accompagner d'un certain retard affectif. Un attachement hétérosexuel affirmé peut survenir sur une personnalité encore mal assurée. Il existe, d'un certain point de vue, un développement en mosaïque où règne l'hétérochronisme : discordance entre les différentes lignes de développement, pour reprendre l'expression d'A. Freud, juxtaposant dans un même domaine de conduites, des comportements de maturité inégale.

3) S'associe un troisième élément dynamique, « *le tumulte* », comme en témoignent la mise à jour et la fréquence des contradictions, et l'aspect de perpétuelle mobilité dans les processus mis à jour. **Les contradictions** sont particulièrement explicites dans l'attachement aux objets d'amour infantile et les manifestations pour s'en détacher, dans les choix d'objet sexuel, par exemple à la fois ho-

mosexuels et hétérosexuels dans l'affrontement violent entre les forces progrédientes et les forces régrédientes (H. Deutsch), dans la multiplicité des identifications et leur superficialité (E. Jacobson) ; contradictions aussi au niveau du Surmoi entre la nécessité de renforcer le tabou de l'inceste sous le poids des pulsions œdipiennes et l'allègement surmoïque pour faire accéder l'adolescent à la liberté sexuelle, contradiction enfin entre un fantasme de totale liberté pulsionnelle et l'idée d'une vie ascétique et pure pouvant faire rechercher des mouvements d'extase quasi mystique. **La mouvance** est le second aspect de ce « tumulte de l'adolescence ». Cette mouvance se manifeste dans une liberté plus grande de communication entre le Moi, le Surmoi et le Ça, ce qui, pour E. Jacobson, explique l'efflorescence de sublimations, d'activités et d'impulsions créatrices de l'adolescent. Elle se manifeste également dans la succession kaléidoscope des mouvements pulsionnels et défensifs, des investissements et contre-investissements. Elle se manifeste dans l'identité où, comme l'écrit D. Meltzer, « le centre de gravité du vécu de l'identité est toujours mouvant, mais, chez l'adolescent, il bascule terriblement et sans répit ». Elle se manifeste enfin dans l'éventail des attitudes psychiques et des comportements utilisés : à une phase de régression, de désorganisation temporaire et d'explosion pulsionnelle, va succéder une phase de progrès intellectuels spectaculaires et érotisés ; à un état dépressif par mésestime de soi en relation avec l'incapacité d'accéder aux idéaux personnels qu'il s'est fixés, l'adolescent peut subitement se déprimer pour tout autre chose (à cause par exemple d'une culpabilité de nature sexuelle) ; à un débordement sporadique d'agressivité peut succéder une phase d'accalmie et de tranquillité, etc. Ceci explique que le processus psychique de l'adolescent apparaissant au cours d'un même entretien puisse rappeler à la fois des positions perverses, névrotiques et psychotiques (cf. A. Freud, D.W. Winnicott, R.S. Eissler). Ceci explique également que l'adolescent ne trouve en général pas de compromis utile dans une position névrotique stable (E. Kestemberg).

En résumé, le travail de l'adolescence semble faire parcourir « le champ de la vie psychique d'un extrême à l'autre, avec une rapidité surprenante, la mouvance marquant aussi bien le comportement apparent que le vécu conscient et inconscient » (A. Haim).

L'ensemble de ces aspects a fait comparer le processus de l'adolescence au niveau psychopathologique à une crise (nous y reviendrons) et au niveau génétique à un deuxième processus d'individuation (Masterson, Shonfeld, Mâle) ou à un nouvel organisateur : « le remaniement de la personnalité induit par la maturité génitale est un moment à la fois nécessaire et angoissant, et nous dirions volontiers, nécessairement angoissant dans la structuration de tout individu. C'est à partir de la possibilité d'une intégration par le Moi de cette modification corporelle et à partir des possibilités de maîtrise progressive de l'angoisse inhérente à un tel processus d'intégration, que vont se définir l'équilibre économique et dynamique de la personnalité adulte » (E. Kestemberg).

II - CLINIQUE DE L'ADOLESCENCE

La phase juvénile avec ses transformations physiques, intellectuelles, affectives et relationnelles, réalise des modes de passage de l'enfance à l'âge adulte extrêmement variés. Nous venons de rappeler les grandes caractéristiques de cette phase, notamment celles de rupture avec le monde de l'enfance, de dysharmonie entre les différents domaines de l'évolution psychologique, de « tumulte » enfin avec ses aspects de contradiction et de mouvance des attitudes de l'adolescent.

Comme cet abord des aspects psychodynamiques l'a laissé entrevoir, la clinique de l'adolescence est dominée par une importante diversité des conduites et des symptômes et par une absence de limites précises entre le normal et le pathologique, entre une crise et un processus psychopathologique débutant.

Il nous a semblé intéressant de voir comment concrètement, en pratique, les situations se présentent, avant d'aborder les grands problèmes cliniques auxquels on peut être confronté.

A) LES SITUATIONS CONCRÈTES

Deux aspects sont fréquemment rencontrés :

- la tendance à l'agir et ses conséquences pratiques,
- l'importance des conflits avec le milieu extérieur et en particulier familial.

Ces deux aspects vont souvent être à l'origine d'une demande d'aide des parents, qui ont tendance à isoler ces conduites de l'ensemble de la personnalité de leur fils ou de leur fille.

Ils peuvent, d'autre part, poser le problème d'un pronostic social ou même vital, lequel est différent et doit être bien distingué, selon nous, du pronostic psychopathologique (D. Widlocher).

1) La tendance à l'agir

L'adolescent passe facilement à l'acte. Pourquoi ? Nous n'allons pas revenir sur les transformations corporelles, si ce n'est pour dire que l'adolescent a du mal à maîtriser sa motricité. Par ailleurs ses émotions sont vives et l'utilisation de son langage en plein remaniement.

Il existe d'autre part une assez nette tendance à l'externalisation des conflits, c'est-à-dire à transposer dans le milieu extérieur les difficultés internes, comme pour les éviter. On peut encore noter le sentiment d'omnipotence qui accompagne volontiers à cet âge une conduite agie.

a) *Les violentes colères*

Si les colères et l'opposition aux parents en particulier sont fréquentes chez l'adolescent, elles peuvent prendre chez certains sujets un caractère de violence agie et agressive sous la forme d'impulsions isolées, mais répétitives (bris d'objet, coups à l'égard d'un frère ou d'une sœur ou même des parents) ou sous la forme de « crises de nerfs » où l'adolescent (ou adolescente) va brusquement, à l'occasion d'un conflit souvent superficiel, « exploser », donner l'impression de ne plus pouvoir se contrôler et créer une atmosphère d'angoisse pour l'entourage à qui il semble quasi systématiquement que cette crise est destinée, ce qui fait souvent étiqueter ces crises « d'hystéroïdes ».

b) *Les fugues*

Il est nécessaire en ce qui concerne l'adolescence de distinguer ici deux phénomènes dont la signification n'est pas univoque :

La fugue proprement dite : départ brutal, impulsif, le plus souvent solitaire, limité dans le temps, généralement sans but précis, le plus souvent dans une atmosphère de conflit familial aigu. Elles peuvent être le symptôme d'un état psychiatrique caractérisé mais sont le plus souvent une fuite devant une tension « actuelle » intra-personnelle et interpersonnelle trop forte.

La « route », où il s'agit avant tout de partir dans une volonté délibérée de rupture avec la famille et souvent avec le « système ». Certaines des caractéristiques de « routard » nous sont devenues familières : aspect physique et habillement (cf. la classique silhouette du hippy), recherche d'un monde meilleur sous-tendu par une idéologie permettant au « routard » de se retrouver à certaines étapes en groupe ou en communauté, utilisation non systématique de drogues « douces » ou attirance pour les régions ensoleillées ou la musique « pop ».

c) *L'utilisation des drogues*

Cette conduite agie de plus en plus répandue représente une des craintes les plus vives pour les parents d'adolescents qui confondent souvent utilisateurs de drogue et toxicomanes.

● *L'utilisation de drogue.* Répandue chez l'adolescent actuel, l'utilisation de drogue se fait souvent en groupe, en cachette des parents, de façon épisodique, avec des drogues « douces » : marijuana, haschich, LSD, anxiolytiques, barbituriques, solvants organiques (éther, trichloréthylène) et

alcool. La voie d'absorption est essentiellement orale, le but recherché est de « planer », c'est-à-dire se sentir bien dans une atmosphère aconflituelle. Les effets correspondent le plus souvent au but recherché mais sont parfois à l'origine de crise aigue d'anxiété sous la forme de « bad trip » ou de « flash back ».

L'utilisation de drogue se voit rarement dans les tableaux psychiatriques caractérisés où l'on rencontre beaucoup plus souvent soit un refus total de cette conduite soit une toxicomanie vraie (sauf semble-t-il, en ce qui concerne les syndromes Borderline).

- *La toxicomanie.* Elle est caractérisée par le passage de la voie orale à la piqûre, de l'épiscodicité à la chronicité de l'intoxication, d'un signe ou d'un symptôme à une structure. Elle fait l'objet d'un paragraphe ultérieur.

d) *Les conduites suicidaires*

La fréquence des conduites suicidaires chez l'adolescent est élevée. Elles surviennent plus volontiers chez les filles et se font surtout, en particulier en milieu urbain, sous la forme d'absorption massive de médicaments. Si l'idée de mort chez l'adolescent est classiquement souvent manipulée, le passage à la tentative de suicide introduit un élément d'agi. Cependant là aussi on considère généralement que 15 à 30 % des suicides d'adolescents sont le fait de patients ayant des troubles psychiatriques manifestes (état schizophrénique, syndrome de dépersonnalisation, dépression). La menace de conduite suicidaire de l'adolescent ne renvoie pas toujours, et même loin de là, à une intention profonde de se donner la mort mais elle ne doit pas être prise à la légère tant au niveau du pronostic psychopathologique qu'à celui du pronostic vital. Car ici, comme le dit D.J. Duché : « le geste suicidaire est la seule chose qui compte, son succès et son insuccès étant le fait de facteurs parfaitement contingents ».

Notons qu'il est de plus en plus habituel d'utiliser le terme de conduites « auto-destructrices », qui souligne la signification du geste et qui recouvre un champ assez vaste de conduites allant des cascades en moto au suicide en passant par la toxicomanie.

e) *Le vol*

Lui aussi très fréquent le vol chez l'adolescent peut aller du vol de disque à l'étalage au cambriolage à deux ou trois d'une villa en passant par le classique « emprunt » de mobylette ou de moto. La signification psychopathologique n'est pas non plus univoque ; s'il s'agit parfois d'un vol de nécessité pour manger, être vêtu comme les autres ou épater les copains, le plus souvent le vol est un acte impulsif, nous oserions dire gratuit si en fait une des principales composantes du vol n'était liée au fait d'être pris ou de ne pas être pris. Mais le vol peut aussi conduire ou faire déjà partie d'un tableau de délinquance confirmée où s'associent alors quasi systématiquement d'autres conduites agies.

b) *Les conduites sexuelles dites classiquement perverses*

Nous évoquons ici toute une série de conduites déviantes, homosexuelles, exhibitionnistes ou voyeuristes par exemple, qui sont fréquentes et banales à l'adolescence et qui vont prendre selon le sujet et la réaction de l'environnement des significations différentes : de la demande d'intérêt à la provocation sadomasochiste, en passant par l'expression maladroite d'une sexualité encore mal établie ou la satisfaction pulsionnelle pure et simple.

D'autres conduites ont une dimension plus inquiétante en raison du contexte socio-juridique dans lequel elles surviennent. Ce sont les viols, les attentats à la pudeur, la prostitution, où la dimension de l'agir est évidemment au premier plan, mais où le qualificatif de pervers n'est généralement pas de mise si on l'utilise dans une perspective structurale. Les organisations perverses proprement dites sont en effet encore peu fréquentes à cet âge. Ces conduites ne sont pas spécifiques de l'adolescence sauf peut-être le viol collectif tel qu'il est pratiqué par certaines bandes d'adolescents prédélin-

quants ou délinquants. N'oublions pas également que ces conduites, lorsqu'elles sont graves ou bizarres dans leur déroulement ou leur brutalité, peuvent être le signe d'une décompensation psychotique ou d'une organisation psychopathique sévère.

g) *En conclusion*

Nous insistons sur la fréquence de ces conduites agies chez l'adolescent mais aussi sur la variété de leurs significations.

2) Les conflits avec le milieu extérieur et en particulier familial

- L'opposition aux parents ou bien aux personnes investies d'autorité dans le domaine scolaire ou professionnel est constante mais plus ou moins importante, faite de provocation ou d'intransigeance. Ces conflits testent aussi bien la difficulté de l'adolescent à s'autonomiser que la tolérance du milieu ambiant à les supporter.

- Ces conflits vont se présenter sous la forme d'une contestation, d'un rejet de toutes les valeurs jusque-là admirées, d'une opposition systématique, d'une violence verbale, d'un retournement complet de l'amour en haine, d'une réticence agressive à tout échange, d'une fuite systématique à toute relation ou d'une conduite agie. Ces différents aspects vont souvent apparaître lors des consultations et des entretiens cliniques, en particulier au début de l'entretien, lorsque l'adolescent ne vient pas spontanément et est amené par ses parents ou par une assistante sociale ; le déroulement de l'entretien révèle souvent qu'il ne s'agit que d'une apparence ; celle-ci est le signe d'un besoin de rejeter brutalement les imagos parentales en raison de la difficulté de s'en séparer et d'une crainte de s'engager dans l'inconnu ou de perdre certains bénéfices obtenus dans l'enfance.

- Ces conflits vont appeler en retour de la part des parents ou de leurs substituts trois attitudes :

- le sentiment d'incapacité d'influencer, d'éduquer et de comprendre les jeunes ;
- le sentiment angoissant et blessant de voir l'adolescent les rejeter ;
- l'escalade d'attitudes autoritaires et agressives.

Il est ainsi facile de comprendre qu'il est tout autant important de faire un travail psychologique auprès des parents qu'auprès des adolescents.

- Les points de friction les plus fréquemment retrouvés sont :

- Le système des valeurs : idéologies politiques, valeurs morales et sociales. Le lieu du conflit sera ici essentiellement intra-familial.

- L'avenir professionnel : difficultés ou refus scolaires, désintérêt ou critique d'une orientation jusque-là acceptée au profit d'une orientation dépréciée par les parents. Souvent en effet, on retrouvera une identification négative au désir ou à la profession des parents et à leur rôle et statut professionnel mais une identification positive à un adulte idéalisé ou à un groupe de copains dans le discours duquel une orientation est privilégiée (par exemple refus d'être ingénieur ou ouvrier comme son père et désir d'être berger comme quelques copains qui veulent créer une communauté).

- La fréquentation d'un ami, d'une amie ou d'un groupe qui déplaît aux parents. Nous sommes également ici dans le registre des identifications en particulier en ce qui concerne les groupes d'adolescents. Alors que les enfants se rassemblent pour jouer, l'adolescent cherche dans *le groupe* une raison d'être, un idéal, une image rassurante de lui-même à travers les autres et les mêmes inquiétudes qu'ils rencontrent, une possibilité d'affirmer sa vision du monde et de s'affirmer. Le groupe va ainsi facilement véhiculer un sentiment d'opposition aux adultes, ce que ceux-ci supportent difficilement. Certaines contradictions dans l'appartenance à un groupe par opposition aux parents peuvent être apparentes : désir d'autonomie par rapport à la famille, dépendance à l'égard du groupe, anticonformisme par rapport aux adultes, au contraire conformisme strict aux règles verbales, vestimentaires ou idéologiques du groupe. Quoi qu'il en soit, le rôle du groupe est souvent pour l'adolescent

un facteur de maturation. D. Meltzer voit dans le groupe un lieu où l'adolescent peut extérioriser les différentes parties de lui-même sous la forme des divers membres de la « bande » ; il pense que, quel que soit face au monde adulte l'aspect antifamilial ou antisocial du groupe, celui-ci sert à contenir ce qui pourrait être dispersé ou détruit dans la construction identificatoire de l'adolescent par les processus de clivage, l'omnipotence ou l'angoisse de persécution. Le groupe est par contre assez souvent vécu comme mauvais par la famille qui n'en retient que les aspects extérieurs de marginalité ou d'opposition aux adultes.

3) Conclusion

Nous avons envisagé deux types de situations concrètes qui motivent l'adolescent et surtout son environnement à consulter sans présager du lien qui existe entre ces conduites et la personnalité qui les engendre. Cette séparation est bien sûr artificielle car précisément la question est de savoir si ces conduites sont l'expression d'une phase juvénile banale ou de difficultés du développement, ou bien celle d'une organisation pathologique ; encore que cette dichotonie introduise la discussion sur le Normal et le Pathologique à l'adolescence, la norme faisant encore plus problème à cet âge de la vie.

B) LES GRANDS PROBLEMES CLINIQUES

Il est habituel de distinguer à propos de l'adolescence deux types d'aspects cliniques différents :

- ceux reflétant les « difficultés du développement » ;
- ceux constituant un creuset aux organisations psychopathologiques ultérieures.

1) LES DIFFICULTES DU DEVELOPPEMENT

Le déroulement de la *phase juvénile* dont nous avons rappelé plus haut les grands traits psychologiques va pouvoir selon les comportements et selon les aspects symptomatiques amener à deux jugements a priori extrêmes : l'un selon lequel il ne peut s'agir que du symptôme d'un déséquilibre mental grave, l'autre qui ne voit que la simple expression des caractéristiques de la jeunesse.

En pratique clinique, malgré les difficultés d'une telle entreprise, il faut essayer de préciser les critères qui permettront d'évaluer le pronostic psychologique.

Les critères pronostiques

Ce sont notamment :

- *les moyens psychologiques* dont l'adolescent dispose : un adolescent qui ne présente pas dans son enfance de difficultés notables de développement et qui semble avoir été pleinement épanoui dans son milieu familial a des moyens psychologiques souvent solides ;
- *la tolérance du milieu* ;
- *le hasard* des rencontres, des situations et des événements ;
- *la répétition et la durée* des manifestations symptomatiques, de moins bon pronostic que leur intensité momentanée ;
- *la réaction du sujet* à ses propres contradictions et aux conflits externes qu'elles provoquent (D. Widlocher) ;
- *l'évolution des réactions* en opposant celles qui ne stérilisent pas l'activité de l'adolescent à celles qui laissent la place à des organisations pathologiques internes qui se stabilisent et perdent tout lien avec la situation réelle (D. Widlocher) ;

— le *déplacement systématique* des conflits internes vers les rapports avec l'extérieur sous la forme d'une opposition intense et perpétuelle ou de passages à l'acte n'est pas un élément favorable, de même

— l'*impuissance* à résoudre les contradictions soit sous la forme du fantasme de totale liberté des pulsions, soit sous la forme d'un complet renoncement pulsionnel, sans changement ni aucune forme intermédiaire.

Trois tableaux classiques

● *La crise d'originalité juvénile* (M. Debesse). Elle caractérise les adolescents qui « répugnent à être comme tout le monde et vont même jusqu'à vouloir n'être comme aucun autre, cette propension à faire de soi quelqu'un d'exceptionnel, d'unique, ce désir d'originalité... ».

Il s'agit des adolescents qui se caractérisent par deux aspects caricaturaux :

- l'opposition,
- l'affirmation de soi.

● *Les dysharmonies évolutives de l'adolescence*. Il s'agit des adolescents qui présentent essentiellement les signes et les symptômes de la dysharmonie de la phase juvénile dont nous avons parlé lors de l'étude psychodynamique. Ce peut être le cas par exemple du contraste entre une vie sexuelle quasiment d'adulte et très précoce et le décalage intellectuel et affectif.

● *Les conduites d'inhibition, d'échec, de morosité*. Dans les conduites d'inhibition, la difficulté à s'exprimer, à rentrer en relation avec l'autre sexe s'étend en tache d'huile sur beaucoup d'activités sociales et intellectuelles.

Les difficultés scolaires ou professionnelles répétées, les échecs sentimentaux de sujets intelligents et ouverts peuvent être la marque de difficultés affectives où l'on perçoit l'incapacité à accepter la compétition et le succès, conduites d'échecs qui peuvent également prendre la forme d'actes manqués (non-inscription à un examen, oubli d'un rendez-vous amoureux etc.).

Un état subchronique qui manifeste, plutôt qu'une dépression, un refus d'investir le monde, les objets, les êtres, caractérise spécifiquement les adolescents « moroses ». « Cet état morose peut être la cause prépondérante du passage à l'acte sous trois formes principales : fugue ou délinquance, drogue, suicide » (P. Mâle).

Conclusion

Tous ces modes de passage vont avoir pour caractéristique de posséder un pronostic psychopathologique favorable. Il n'en est pas de même de ce que nous allons décrire maintenant, qui, comme nous l'avons déjà dit, peut réaliser des tableaux difficilement différenciables de certains aspects de la phase juvénile.

2) LE CREUSEI DU PATHOLOGIQUE

L'adolescence n'est pas seulement une phase dont la spécificité mérite d'être décrite, elle est aussi une période de la vie liée à ce qui s'est passé avant et qui se passera ultérieurement. Au point de vue psychopathologique, il est utile de distinguer ce que deviennent les organisations psychopathologiques apparues dans l'enfance, des tableaux cliniques révélant une pathologie de l'âge adulte, en passant par les tableaux cliniques spécialement rencontrés à l'adolescence.

a) Evolution des organisations psychopathologiques confirmées de l'enfance

La stabilité ou tout au moins le peu de modifications de certaines est caractéristique, d'autres au contraire évoluent à l'adolescence.

- *Organisations infantiles stables*

Il est habituel de citer ici trois tableaux cliniques dont nous avons d'ailleurs déjà décrit l'aspect à l'adolescence dans les chapitres qui leur sont consacrés.

— *Les états déficitaires* majeurs de l'enfance. Nous parlons ici des sujets ayant, quelle que soit l'étiologie, une déficience mentale prise dans une organisation mentale fixée ou très peu évolutive.

Chez ces sujets, les comportements archaïques, auto-érotisme, agressivité, sont souvent majorés à la puberté en raison vraisemblablement de l'impossibilité de répondre autrement aux exigences pulsionnelles mais l'organisation mentale reste identique.

— *Les psychoses infantiles*, notamment les plus précoces, se présentent souvent à l'adolescence sur un mode déficitaire plus ou moins net et avec des perturbations relationnelles dont la gravité dépend en fait de la prise en charge antérieure et des propositions thérapeutiques et éducatives actuelles. Les changements à l'adolescence sauf dans les formes les plus favorables sont malheureusement limités.

— *Les états névrotiques déjà très organisés, essentiellement obsessionnels*, varient peu à l'adolescence, les mécanismes de défense se sont déjà tellement rigidifiés que les aspects critiques de l'adolescence sont presque parfaitement aplatis. Il est cependant possible de rencontrer chez ces sujets des réactions dépressives ou d'aspect psychotique (faisant discuter dans ce cas une psychose jusque-là masquée derrière la symptomatologie obsessionnelle) à l'occasion d'une séparation brutale du milieu habituel ou d'un événement traumatisant (accident, décès, relations sexuelles).

Dans ces trois tableaux, avec l'adolescence, de nouveaux symptômes, de nouvelles difficultés apparaissent mais la structure pathologique ne change guère.

- *Organisations psychopathologiques où le processus de l'adolescence imprime un aspect particulier*

Nous situons ici deux tableaux psychopathologiques particuliers : l'organisation psychopathique à l'adolescence, la prolongation excessive d'un état infantin, et aussi d'autres organisations plus ou moins labiles.

— *L'organisation psychopathique à l'adolescence*. L'itinéraire de l'adolescent psychopathe est révélateur : très tôt et fréquemment cet adolescent a présenté des cassures dans sa vie affective ; ses premières années vont être marquées par la discontinuité, les ruptures, les alternances brutales et répétées des liens affectifs, par placements itératifs par exemple ; ces premières années montrent ainsi des tableaux de carence affective extra ou intra-familiale et une massivité des frustrations. Sa vie scolaire est marquée par des difficultés instrumentales et intellectuelles, par une instabilité motrice et par une difficulté de relation avec les camarades du même âge en raison de son impulsivité et de son agressivité. La phase de latence n'apporte pas beaucoup d'accalmie et dès la préadolescence, son intolérance à la frustration se manifeste sous la forme de passages à l'acte (bagarres, vols, fugues). Au fur et à mesure du déroulement de l'adolescence les « histoires » se multiplient, l'escalade agression-répulsion s'instaure. L'adolescent psychopathe présente alors un tableau sémiologique particulier où H. Flavigny distingue :

1) *Des symptômes essentiels* : passivité avec ses corollaires oisiveté et désœuvrement, *dépendance* qui apparaît sous la forme d'efforts pathétiques pour établir une relation avec le monde, exigence mégalomane, impulsivité et agressivité ; ceci explique que *le passage à l'acte* par son aspect spectaculaire et sa réalisation en l'absence de culpabilité vraie ni remords apparent a paru suffire pour définir le psychopathe. Ces symptômes s'expriment dans des alternances imprévisibles.

2) *Des symptômes secondaires* : l'instabilité aussi bien dans l'humeur que dans la motricité, le manque d'intérêt général, le besoin d'évasion propre à l'adolescence sont ici décuplés, des moments voire des épisodes dépressifs sont fréquents, contrairement à la notion classique.

3) *La toile de fond de leur personnalité* est constituée par un malaise caché quasi permanent et une frustration affective permanente.

4) *Les perturbations du lien avec le milieu social* : sentiment d'être hors de la société, besoin de se retrouver dans une bande, évitant le sentiment de solitude et d'isolement et amenant l'ébauche d'une vie sociale, vie sociale à vrai dire bien difficile à réaliser même dans un milieu ou un groupe marginal, vu les profondes difficultés relationnelles du psychopathe. En retour, la société est généralement très intolérante au psychopathe.

L'adolescence va ainsi faire apparaître peu à peu, parfois après une enfance marquée par un vécu abandonnique massif, la construction d'une véritable structure psychopathique où l'aspect réactionnel des conduites disparaît quasi complètement. (H. Flavigny préfère parler d'empreinte psychopathique mettant ainsi l'accent sur une modification potentielle dépendante de l'environnement).

— *Persistance d'un état infantile*. Ici le processus de l'adolescence imprime un aspect particulier en négatif, en ce sens qu'il n'apparaît pas. Devenus jeunes adultes, ces sujets se comportent en enfants, soit sous la forme d'une inhibition persistante, soit sous la forme d'une grande quête affective à laquelle s'associent souvent une instabilité, une dépendance, une impulsivité et une mythomanie.

Ailleurs, il s'agit d'adolescents où les phénomènes de la période de latence persistent sans changement : ils peuvent se présenter sous la forme de « forts en thème », de sportifs acharnés mais non passionnés (E. Kestemberg), d'adolescents dociles et sans conflit apparent chez lesquels le Moi reste soumis à un Surmoi rigoureux.

— Il faut également citer certaines *structures labiles* de l'enfance (certains états prépsychotiques ou prénévrotiques) qui vont subir des modifications importantes mais difficilement prévisibles au moment de l'adolescence :

- aggravation par inadaptation scolaire ou sociale, ou par transformation de la structure elle-même ;
- « amélioration lorsque la maturation de la personnalité permet au sujet de trouver de nouvelles issues à ses pulsions et à ses conflits » (D. Widlocher).

b) Tableaux cliniques révélant une pathologie spécifique de l'adolescence

Nous décrivons ici les tableaux cliniques qui se révèlent et apparaissent spécifiquement au cours de l'adolescence.

L'anorexie mentale

L'anorexie mentale est un syndrome caractérisé par trois symptômes principaux : l'anorexie, l'aménorrhée, l'amaigrissement et un état mental particulier (A. Porot).

Le syndrome survient essentiellement chez les jeunes filles adolescentes.

L'anorexie apparaît le plus souvent sans raison apparente comme un refus conscient de se nourrir.

L'aménorrhée, deuxième signe principal, survient rapidement.

L'amaigrissement enfin est le troisième élément du triptyque classique, il est progressivement considérable et l'anorexique est seul à ne pas le reconnaître.

L'état mental est caractérisé dans ses aspects les plus typiques par :

- une absence de signe d'état névrotique ou psychotique caractérisé,
- une inconscience de l'état morbide,
- une hyperactivité intellectuelle mais aussi motrice (sportive) et générale,
- une opposition à toute contrainte alimentaire qui peut entraîner des conduites de dissimulation,

- une angoisse de manger : manger devient une conduite investie de charges affectives considérables.

L'évolution des formes confirmées aboutit, en l'absence de traitement, à la cachexie ; certaines, heureusement rares, se terminent même tragiquement par la mort ; certains cas se fixent à un niveau de dénutrition très importante mais stable et ceci pendant plusieurs années.

Les conflits inconscients. Ils sont pour la plupart à un niveau prégénital :

- conflit oral : le refus de s'alimenter peut représenter une défense contre les pulsions orales à forte composante sadique vis-à-vis de l'imgo maternelle. Il peut également constituer un démenti du plaisir sexuel chez les sujets fixés à l'érotisme oral, il semble même exister parfois une véritable érotisation de la faim. Le refus de la sexualité est ainsi compréhensible dans sa relation à la conduite anorexique ;

- auto-érotisme : l'anorexique présente un trouble qualitatif de l'image de son corps, de ses besoins, le corps tout entier prenant une valeur de fétiche dans un dépouillement et une dégénéralisation narcissique ;

- toute puissance mégalomane qui se traduit par l'opposition mais surtout par un véritable fantasme d'immortalité.

Les formes cliniques. L'anorexie mentale est rare chez le garçon ; elle est alors le signe quasi constant d'une organisation psychopathologique sous-jacente, névrotique sévère, perverse, dépressive ou psychotique.

Bien entendu chez la jeune fille aussi, une anorexie peut être le symptôme d'une structure psychopathologique caractérisée, hystérique ou psychotique par exemple. Il faut par ailleurs toujours éliminer une maladie organique (M. Dugas).

La toxicomanie juvénile

La toxicomanie tient depuis quelques années une place prépondérante dans la psychopathologie spécifique de l'adolescence.

Il faut d'emblée distinguer l'utilisation occasionnelle de drogue, qui peut se rencontrer dans la phase juvénile, de la toxicomanie juvénile avérée qui constitue un tableau psychopathologique spécifique.

La toxicomanie juvénile se caractérise par une escalade d'absorption de drogues aboutissant à une consommation quotidienne qui entraîne une dépendance psychologique et le plus souvent physique.

Les drogues utilisées sont variables dans leur origine et dans leurs effets. On distingue les hallucinogènes (cannabis, LSD), les excitants (amphétamines), les euphorisants (opiacés, coca), les calmants (tranquillisants, barbituriques), les enivrants (alcool, solvants). Il existe également une variabilité d'un toxicomane à un autre dans les doses utilisées et les associations.

Le déroulement de la toxicomanie est caractérisé par l'escalade. Elle se situe à plusieurs niveaux :

- escalade des sujets dans l'utilisation d'un produit (dose minime à dose majeure) ;
- escalade des produits et des associations dans l'utilisation d'un sujet (en général le passage se fait des hallucinogènes aux euphorisants en passant par les calmants et les excitants) ;
- escalade de la désinsertion sociale par la multiplication des passages à l'acte, des actes délictueux, par le désinvestissement progressif de tout ce qui ne touche pas la drogue ;
- escalade du plus relationnel au plus individuel :
 - dans le produit : le haschich rend beaucoup moins dépendant que l'héroïne,
 - dans la relation avec les autres : le haschich se fume en groupe, l'héroïnomanie ne tolère que d'autres héroïnomanes et se « fixe » volontiers seul,

- dans la relation avec soi-même : l'utilisateur de drogue cherche à s'identifier, devenu toxicomane il est à la recherche de son identité.

L'histoire de la toxicomanie peut être résumée à trois étapes successives :

1) Le début de l'absorption de drogues où les motivations conscientes exprimées sont : la mode, le besoin d'évasion, la transgression. Il s'agit encore d'une conduite isolée ou associée à d'autres (difficultés scolaires, tentatives de suicide, conflit familial).

2) La « lune de miel » où la vie de l'adolescent se centre peu à peu sur la conduite toxicomaniaque. Le plaisir de se droguer est au premier plan. Le passage de l'absorption orale à la piqure est un stade décisif.

3) L'établissement de « la structure toxicomaniaque » qui se caractérise par un cercle vicieux « qui conduit du besoin incoercible à la culpabilité, de la culpabilité à la dépression, de la dépression au besoin » (S. Lebovici). Le toxicomane fonctionne en effet alors en vase clos, dans la souffrance, à la recherche éperdue de cette lune de miel chargée de sentiment de plaisir. La mort par absorption abusive de drogues ou suicide n'est pas rare. C'est au cours de cette troisième période que les centres spécialisés, en raison du repère d'identité, sont les plus utiles.

Les états dépressifs de l'adolescence

Les aspects psychodynamiques et en particulier la comparaison entre le travail de l'adolescence et le travail de deuil permettent de suspecter une fragilité de l'adolescence vis-à-vis de la dimension dépressive. Trois types d'états dépressifs peuvent être isolés :

1) *Les états dépressifs liés à la psychopathologie infantile.* Bien que la structure pathologique avant l'adolescence ne s'accompagnait pas de manifestation dépressive apparente, l'épreuve de l'adolescence est alors génératrice de dépression. Deux types cliniques peuvent être ici décrits :

La réaction anxio-dépressive apparaissant comme expression nouvelle dans l'évolution d'une névrose de la deuxième enfance (à la suite le plus souvent d'une séparation du milieu familial au début de l'adolescence).

La crise dépressive soit sous forme de grande inhibition et de retrait soit sous forme de conduites antisociales masquant d'authentiques sentiments dépressifs d'abandon, chez des adolescents ayant présenté une carence précoce et majeure de soins maternels et chez qui la relation d'objet s'est organisée sur un mode anaclitique (Ph. Mazet). C'est à l'occasion d'un événement apparemment minime mais prenant pour le sujet la signification d'une perte ou d'une menace de perte d'objet qu'apparaît l'état dépressif.

2) *La dépression juvénile d'infériorité.* La clinique et la pathologie de cette dépression rappelle la dépression d'infériorité de l'adulte (F. Pasche).

Elle se caractérise par un sentiment de tristesse, d'incapacité, de perte d'estime de soi, d'infériorité associé à un ralentissement psychomoteur.

Cette dépression paraît étroitement liée à la nouvelle répartition de la libido, à l'importance des traits narcissiques, de la quête d'identité et aux exigences renforcées de l'Idéal du Moi de l'adolescent (P. Ferrari, E. Jacobson).

3) *Les états dépressifs annonçant une pathologie nouvelle.* Il s'agit ici des états dépressifs atypiques annonciateurs de la dissociation schizophrénique et des états dépressifs sévères ou masqués révélant dès cet âge le début d'une évolution cyclique et d'une psychose maniaco-dépressive ; ils sont beaucoup plus rares que les précédents.

Quoi qu'il en soit, ils ne peuvent être vraiment considérés comme des états dépressifs spécifiques de l'adolescence.

● Conclusion

L'anorexie mentale, la toxicomanie, les états dépressifs sont des tableaux spécifiques de l'ado-

lescence. Ils entraveront le déroulement ultérieur du fonctionnement mental du sujet sans qu'il soit toujours possible de présager de celui-ci.

c) **Les troubles révélant une structure pathologique de l'âge adulte**

Il ne s'agit pas de décrire ici les bouffées délirantes, les modalités d'une décompensation schizophrénique, les états névrotiques ou pervers de l'adulte qui peuvent évidemment se constituer et apparaître assez clairement dès l'adolescence, en tout cas dans sa seconde partie. Nous voudrions simplement insister sur les aspects particuliers que peuvent prendre ces grandes entités nosographiques en raison de l'adolescence.

● *Les états névrotiques*

Il est possible qu'à l'adolescence un état névrotique stable se soit déjà installé :

— Une névrose hystérique avec ses symptômes de conversion et ses traits de caractère (désir de plaire et de séduire, mythomanie, suggestibilité). Ces derniers se rencontrent fréquemment chez l'adolescent et surtout l'adolescente, sans que l'on puisse cependant parler d'état névrotique stable en raison de leur variété et de leur aspect réactionnel.

— Une névrose phobique ; mais là aussi l'adolescent peut présenter des phobies, des conduites de réassurance, des attitudes fréquentes de fuite en avant sans que celle-ci envahissent l'existence du sujet pour en faire un véritable névrosé.

— Une névrose obsessionnelle, où les obsessions, la toute puissance de la pensée et le contrôle des affects va être intense et constant, peut elle aussi se rencontrer à l'adolescence mais on retrouvera en fait plus souvent des adolescents présentant des traits de caractère psychasthénique ou sadique anal à côté d'autres éléments psychiques.

En fait, plus que des névroses symptomatiques nous pouvons voir fréquemment chez un adolescent sous le poids d'une prévalence de tel ou tel mécanisme de défense et d'une régression un tableau clinique caractériel où apparaissent nettement par exemple tels traits de caractère hystérique ou tels traits de caractère obsessionnel.

● *Les états psychotiques*

Recouvrant le vaste champ des psychoses de l'adulte, les états psychotiques de l'adolescence se manifestent le plus souvent sous une forme moins structurée. Il s'agit beaucoup plus souvent d'attitudes ou de conduites psychotiques où se manifestent une incohérence ou une rupture avec la réalité. Ces attitudes ou ces conduites psychotiques s'associent variablement pour former des états psychotiques, certains proches cliniquement des tableaux caractéristiques des psychoses de l'adulte, d'autres beaucoup moins typiques. Il n'en reste pas moins que devant tout état psychotique de l'adolescence, il faut craindre surtout une psychose schizophrénique débutante.

Cette question est particulièrement posée devant les *états délirants aigus* ou « bouffées délirantes polymorphes ». Rappelons que le délire est la croyance irréductible et inébranlable à une conception fausse de la réalité ; il peut se manifester au niveau perceptif, il s'agit d'hallucinations (perceptions sans objet), ou au niveau de la pensée, il s'agit alors d'idées délirantes. L'accès aigu survenant rapidement ou même brutalement associe le plus souvent des idées délirantes, polymorphes dans leurs thèmes, des hallucinations, auditives notamment, une variabilité de l'humeur et parfois un certain degré de perturbation de la conscience, en règle mineure cependant. Cet épisode aigu va évoluer favorablement et ne laisser aucune séquelle ; mais il peut récidiver. Une expérience délirante aiguë peut aussi constituer un mode de début d'une psychose schizophrénique.

• *Les débuts de la psychose schizophrénique*

Si la psychose schizophrénique peut débiter à l'adolescence par un état aigu (accès délirant

mais aussi état d'excitation ou de dépression dit atypique), elle peut également s'instaurer sous une forme progressive où apparaissent peu à peu les différents éléments du syndrome dissociatif. Dans cette forme progressive, peuvent se manifester initialement des attitudes ou des conduites variables :

- des conduites d'allure névrotique telles que des manifestations de conversion somatique ou des attitudes théâtrales, froides sans affect apparent, des phobies portant sur le corps, véritables dysmorphophobies bizarres où l'aspect interprétatif est assez marqué, des rituels ou des actes compulsifs intenses où il existe plus une rationalisation qu'une lutte ;

- attitudes de ralentissement, qu'il s'agisse d'une asthénie associée souvent à des plaintes somatiques inexplicables, d'un apragmatisme, d'un affaiblissement intellectuel ou même d'un appauvrissement des différentes opérations intellectuelles (mémoire, attention, dissociation, déduction etc.) ;

- attitudes caractérielles d'indifférence, d'inhibition et d'isolement massifs ; attitudes caractérielles d'hostilité froide, de haine inexplicable, de dégoûts incompréhensibles. Ces attitudes peuvent se manifester sous la forme de conduites systématisées, de passages à l'acte ou de propos inquiétants et crus, dans le domaine de la sexualité comme dans celui de l'agressivité.

Au-delà de ces manifestations, on peut percevoir chez le sujet une lutte contre une angoisse de dissociation très dramatique.

Lorsque le syndrome schizophrénique est plus marqué, on note les éléments du syndrome dissociatif : la discordance des pensées, des sentiments et des conduites du sujet, son vécu de dépersonnalisation et des sentiments de perte d'identité, de morcellement ; le délire (dit paranoïde), parfois envahissant et alors flou, hermétique, n'est jamais totalement absent même lorsqu'il n'est pas exprimé, ce qui est le cas dans certains aspects très autistiques par exemple. Il ne faut pas oublier toutefois que beaucoup d'adolescents vivent des expériences de dépersonnalisation, de crises au cours desquelles ils éprouvent un détachement à l'égard de la réalité ambiante, des discordances de comportement qui peuvent sembler suspectes mais n'en constituent pas pour autant l'expression d'une dissociation schizophrénique.

Les autres états psychotiques de l'adolescence

Les états d'excitation maniaque ou de dépression mélancolique francs sont rares à l'adolescence. Par contre, certains états d'excitation ou d'indifférence et de dépression peuvent parfois être si intenses qu'on peut les qualifier, du moins momentanément, de psychotique. Une origine exogène n'est alors pas exceptionnelle, en particulier une intoxication.

Les états délirants systématisés en particulier paranoïaques sont également rares. Par contre, certains adolescents peuvent avoir des attitudes ou même un système d'attitudes dont la rigidité et le mécanisme sous-jacent essentiellement interprétatif rappellent la structure paranoïaque de l'adulte, d'autant que ces adolescents manifestent un orgueil, une méfiance et une insociabilité importants.

Il faut encore évoquer les organisations mentales qui, même en l'absence de manifestations psychotiques patentes, sont caractérisées par un fonctionnement psychotique mettant en jeu de manière nette des mécanismes défensifs du type clivage de l'objet, projection, déni, transparaissant dans les relations du sujet et dans son appréhension précaire ou distordue de la réalité ; c'est le cas par exemple dans certaines caractéropathies ou encore dans certaines organisations d'allure psychopathique.

Reste enfin le vaste domaine des états limites qui pour certains ne sont que des aspects particuliers d'une organisation psychotique.

● *Les états limites*

Cette notion d'état limite recouvre en fait selon les auteurs des réalités cliniques et psychopathologiques différentes que nous avons abordées lors du chapitre consacré aux états psychotiques et prépsychotiques.

Les états limites tels que les décrit J. Bergeret pour l'âge adulte devraient en raison des processus psychiques en jeu (dépression, angoisse de perte d'objet, relation d'objet anaclitique, prédominance de la lignée narcissique) particulièrement se manifester au cours de l'adolescence. En fait les sujets présentant ces états limites ont souvent passé leur adolescence sans le bouillonnement habituel et dans un état de « pseudo-période de latence ».

Par contre certains adolescents peuvent présenter ce que J.E. Masterson a dénommé le syndrome « Border line », syndrome qui recouvre d'ailleurs les descriptions d'autres auteurs et dans lequel les symptômes révélateurs sont extrêmement variés (allant de la phobie intense à l'hypochondrie rebelle en passant par le passage à l'acte ou par des crises psychotiques dans des conditions de surmenage, d'intoxication ou de stress intense). Mais ces symptômes révélateurs ne sont pas spécifiques, la constitution du Moi est beaucoup plus révélatrice : ces adolescents donnent toujours l'impression de lutter contre l'envahissement psychotique, leur Moi est différencié, capable d'évaluer la réalité mais il ne peut faire la synthèse des introjections et des identifications positives et négatives, il est le plus souvent en échec pour neutraliser les pulsions en particulier agressives ; le sentiment d'identité de ces adolescents est fragile, la colère, la mégalomanie ou la dépression sont souvent leur mode d'affirmation. Les failles narcissiques avec « un sentiment de Soi » non intégré sont majeures. Nous retrouvons chez ces adolescents une perturbation psychodynamique du processus de « séparation individuation », ce qui explique le lien avec leur survenue à l'adolescence. Peut-être plus que pour tout autre tableau psychopathologique de l'adolescence, la prise en charge psychothérapique détermine l'avenir ; J.F. Masterson y voit trois temps : un temps d'évaluation, un temps d'élaboration et un temps de séparation permettant en fait à l'adolescent de poursuivre son développement en revivant puis dépassant sa phase d'individuation-séparation.

BIBLIOGRAPHIE

- DEBESSE (M.). — L'adolescence. Edit. Que sais-je, P.U.F. Paris, 1943.
- DEUTSCH (H.). — Problèmes de l'adolescence (trad. C.A. CICCIONE). Payot, Paris, 1967.
- DUCHE (D.J.). — Les tentatives de suicide chez l'enfant et l'adolescent. *Psychiat. Enfant*, P.U.F., 1964, 7, pp. 1-114.
- DUGAS (M.), de VILLARD (R.) et ROUJEAU (N.). — Psychopathologie et maladies organiques. A propos de quelques erreurs diagnostiques. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1975, 23, pp. 177-184.
- ERIKSON (E.H.). — Adolescence et crise (trad. J. NASS et C. LOUIS-COMBET). Flammarion, Paris, 1972.
- FERRARI (P.) et BRACONNIER (A.). — La dépression d'infériorité de l'adolescent. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1976, 24, pp. 319-323.
- FLAVIGNY (H.). — De la notion de psychopathie. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1977, 25, pp. 19-75.
- FREUD (A.). — Le Moi et les Mécanismes de défense (trad. A. BERMAN). P.U.F., Paris, 1969.
- FREUD (A.). — L'enfant dans la psychanalyse (trad. D. WIDLOCHER). Gallimard, Paris, 1976.
- FREUD (S.). — Trois essais sur la théorie de la sexualité (trad. B. REVERCHON-JOUE). Gallimard, Idées, Paris, 1962.
- FREUD (S.). — Métapsychologie (trad. J. LAPLANCHE et J.B. PONTALIS). Gallimard, Idées, Paris, 1968.
- GUASCH (G.D.). — L'adolescent et son corps. Editions Universitaires, Paris, 1973.
- HAIM (A.). — Les suicides d'adolescents. Payot, Paris, 1969.
- JACOBSON (E.). — Le Soi et le monde objectal (trad. A.M. BESNIER). P.U.F., Paris, 1975.
- KESTEMBERG (E.). — L'identité et l'identification chez les adolescents. *Psychiat. Enfant*, 1962, 5, pp. 441-522.
- KLEIN (M.). — La psychanalyse des enfants (trad. J.B. BOULANGER). P.U.F., Paris, 1969.
- MALE (P.). — Psychothérapie de l'adolescent. P.U.F., Paris, 1962.
- MASTERSON (J.F.). — Diagnostic et traitement du syndrome « border-line » chez les adolescents. *Confrontations Psychiatriques, Spécia édit.*, 1971, n° 7, pp. 125-156.
- MAZET (Ph.) et SIBERTIN BLANC (D.). — Dépression de l'adolescence et carence précoce de soins maternels. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1976, 24, pp. 309-318.
- MELTZER (D.). — Les structures sexuelles de la vie psychique (trad. J. et F. BEGOIN). Payot, Paris, 1977.
- PASCHE (F.). — De la dépression. *Rev. française de Psychanal.*, 1963, 27, pp. 191-222.
- SHONFELD (W.A.). — La psychiatrie de l'adolescent, un défi pour tous les psychiatres. *Confrontations Psychiatriques, Spécia édit.*, 1971, n° 7, pp. 9-36.

WIDLOCHER (D.). — Adolescence normale ou pathologique. *Revue du Praticien*, 27, n° 43, pp. 2927-2940.

WINNICOTT (D.W.). — De la pédiatrie à la psychanalyse (trad. J. KALMANOVITCH). Payot, Paris, 1969.

ZAZZO (B.). — L'affirmation de soi chez les adolescents. Communication à la Société française de psychologie. Avril 1965.

Le numéro 7 de la revue *Confrontations psychiatriques*, Spécia édit., 1971, a pour thème « La psychopathologie de l'adolescence ». Il comporte des articles de W.A. SCHONFELD, A.S. HENDERSON et coll., O. KLINEBERG, R. EBTINGER et J.P. SICHEL, P. MALE, J.F. MASTERSON, J. CHAZAUD, E. KESTEMBERG, H. DANON-BOILEAU et coll., H. FLAVIGNY, J. ROUSSELET, J. ZELLERMAYER et J. MARCUS.

PROBLEMES PSYCHOSOCIAUX

Nous abordons dans ce chapitre des problèmes qui sont à la frontière de plusieurs domaines : celui de la pédopsychiatrie, celui des services sociaux, de la justice, de la pédiatrie sociale etc. Trop souvent le psychiatre est écarté de ces problèmes, sous le prétexte qu'il ne faut pas « psychiatriser », alors que son concours est en général indispensable pour éviter des situations gravement pathogènes ou pour sortir de cercles vicieux dans lesquels les problèmes s'aggravent d'eux-mêmes.

Le psychiatre doit donc revendiquer sa place dans l'abord de ces problèmes psychosociaux. Les équipes de psychiatrie ont souvent tendance à s'en désintéresser en considérant la population concernée comme « infra-psychiatrisable », ce qui conduit à réserver les soins, élaborés et coûteux pour la collectivité mais souvent gratuits pour les familles, à des enfants de milieux favorisés particulièrement avertis des problèmes psychopathologiques même légers ou bien à combler les défaillances de l'Education Nationale (M. Soule et J. Noel). On laisse alors à son sort désespéré une population considérable d'enfants, qui ont comme premier malheur d'avoir une famille défavorisée et comme second de ne pas intéresser les équipes de psychiatrie infantile.

Pourtant ces enfants sont dans des situations qui réunissent tous les éléments d'une pathogénèse de troubles mentaux graves. Non seulement ils se trouvent dans des conditions matérielles difficiles, mais surtout ils sont soit dépourvus d'images parentales permettant des identifications structurantes, soit confrontés à des parents en conflit, dévalorisés, ou eux-mêmes inadaptés socialement. Les troubles les plus graves de la personnalité et du développement des fonctions cognitives s'observent dans ces conditions : déficiences intellectuelles massives — dysharmonies d'évolution graves — psychoses infantiles — syndrome d'abandon — troubles antisociaux.

Si les équipes de psychiatrie infantile veulent utiliser au mieux leurs moyens encore très limités, elles doivent s'intéresser à la prévention de troubles aussi graves et par conséquent se sentir profondément concernées par ces problèmes psychosociaux.

Nous ne reviendrons pas dans ce chapitre sur les carences affectives précoces, les traumatismes de séparation et leurs conséquences, ni sur les problèmes psychosociaux de l'adolescence, qui sont traités ailleurs. Nous parlerons des enfants dits « cas sociaux », du problème de l'abandon et de l'adoption, enfin des enfants victimes de sévices.

LES ENFANTS « CAS SOCIAUX »

Définitions et chiffres

M. Soule et J. Noel définissent les enfants « cas sociaux » comme étant ceux qui sont privés de famille ou privés de milieu familial normal.

Leur nombre réel est difficile à connaître. Beaucoup de situations douloureuses sont réglées en dehors des services administratifs, et pas toujours pour le bien de l'enfant. On est obligé de se reporter au chiffre des enfants relevant de l'*Aide Sociale à l'Enfance* pour évaluer l'ampleur du problème. Ces chiffres ne peuvent pêcher que par défaut.

L'Aide Sociale à l'Enfance (ancienne Assistance Publique) est un service départemental dépendant de la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale (D.D.A.S.S.). D'après une enquête de T. Lambert de 1975 (cité par J. Ripoche) le nombre d'enfants relevant de l'Aide Sociale à l'Enfance était au 1^{er} janvier 1974 d'environ 600 000, dont :

- 6,2 % (37 200) pupilles de l'Etat,
- 12,2 % (73 200) recueillis temporaires,
- 19,2 % (115 200) enfants en garde,
- 26,3 % (157 800) enfants surveillés,
- 36,1 % (216 600) enfants secourus.

On appelle *Pupilles de l'Etat* les enfants qui n'ont plus aucun lien avec leur famille naturelle : orphelins, enfants abandonnés volontairement ou déclarés abandonnés par jugement.

On appelle *Recueillis temporaires* des enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance par leur famille d'origine pour une durée, en principe limitée, afin de passer une période familiale difficile. En pratique, ces recueillis temporaires sont souvent laissés pour de très longues périodes, certains sont même abandonnés de fait.

On appelle *Enfants en garde* des enfants qui ont été confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance par le Juge des enfants, par une Ordonnance de garde. Ce sont des enfants que l'on estime en danger physique ou moral dans leur milieu d'origine.

On appelle *Enfants surveillés* des enfants qui font l'objet d'une aide éducative, soit dans leur famille d'origine (Aide éducative en milieu ouvert ou A.E.M.O.), soit dans une institution.

Enfin on appelle *Enfants secourus* des enfants qui font l'objet d'une aide financière de la part de l'Aide Sociale sans être retirés de leur famille d'origine.

Les troubles psychologiques

Il n'est bien entendu pas possible de décrire un ou des syndromes caractéristiques des enfants « cas sociaux ». Le risque majeur pour eux est la carence de soins maternels et la carence d'image d'identification. Ce risque est d'autant plus grand que l'on tarde à offrir à l'enfant un milieu familial substitutif stable et de qualité, ce qui est malheureusement très souvent le cas, ou que l'on est dans l'impossibilité d'aider le milieu familial d'origine à améliorer les conditions de vie de l'enfant afin qu'il puisse y être maintenu.

J. Noel et coll. ont montré qu'on ne trouve pratiquement jamais de troubles névrotiques, mais des troubles psychopathiques, des distorsions du Moi, des syndromes caractériels graves avec projections massives et érotisation de l'agressivité et des troubles d'ordre psychotique souvent pris pour des arriérations d'origine organique.

Les problèmes de prise en charge

Insistons sur deux points qui entravent souvent la solution des problèmes des enfants « cas sociaux » :

Le premier point est *le risque d'attitudes projectives à l'égard de ces enfants*. L'enfant sans famille ou dont la famille est dissociée attire les projections fantasmatiques des adultes. La rupture des liens familiaux naturels actualise certains fantasmes narcissiques (désir de s'être engendré soi-même) ou certains fantasmes œdipiens (désir de dissocier le couple parental, de prendre la place de l'un des parents, de transgresser la Loi). Freud a décrit sous le nom de « Roman familial » une fantaisie tout à fait générale que développe l'enfant pendant la période de latence et dans laquelle il s' imagine issu de parents beaucoup plus riches, puissants, nobles que ses parents réels, qu'il imagine être des parents nourriciers ou adoptifs. Cette fantaisie est souvent projetée sur l'enfant « cas social ».

Ces projections peuvent aboutir à une certaine réprobation, voire malédiction que l'on fait peser sur l'enfant comme s'il était coupable et non victime de sa situation. L'enfant sans père, l'enfant de l'amour, l'enfant de la transgression, a longtemps supporté le poids d'un certain opprobre. Dans un passé récent, beaucoup d'institutions ou de carrières étaient fermées aux enfants sans filiation légitime. Cette réprobation, si elle n'est plus maintenant inscrite dans la Loi, reste parfois vive dans les esprits, souvent rationalisée. On soupçonne, par exemple, ces enfants d'être porteurs de tares héréditaires.

Elles peuvent aboutir aussi à une idéalisation du rôle que chacun pense pouvoir jouer auprès de l'enfant. Chacun tend à se prendre pour la bonne mère ou le bon père idéal, qui va réparer ce que d'autres ont détruit. Cela conduit à des clivages, tous les autres étant considérés comme mauvais, menaçants ou incapables. On s'attribue le rôle de la bonne fée et à l'autre celui de la fée Carabosse (M. Soulé et J. Noel). Il est nécessaire d'analyser ces projections si l'on veut aborder objectivement les problèmes de l'enfant et lui offrir les meilleures conditions pour un bon développement. Le rôle du psychiatre est ici essentiel.

Le second point sur lequel nous insistons est *la responsabilité des médecins* dans beaucoup d'histoires d'enfants « cas sociaux ». Trop souvent les médecins prescrivent des placements de type sanitaire sans raisons médicales valables, devant des problèmes psychologiques, familiaux ou sociaux. Ces placements faits sans étude approfondie des difficultés réelles, souvent prolongés abusivement pendant des mois, non seulement ne résolvent rien puisqu'on est passé à côté des problèmes, mais souvent aggrave la situation en faisant entrer l'enfant dans le circuit des placements itératifs très traumatisants sur le plan psychique. Le mécanisme habituel en est le suivant : l'enfant après plusieurs mois de séparation retourne dans sa famille où les difficultés n'ont pas été résolues ; il y manifeste des troubles du caractère et du comportement réactionnels au traumatisme de la séparation et à la situation de carence affective qu'il vient de connaître. Il est encore plus mal toléré qu'auparavant, la famille demande un autre placement, etc.

P. Strauss a montré en 1961 que plus de 25 % des hospitalisations dans les services de pédiatrie parisiens n'étaient pas justifiées sur le plan médical compte tenu des possibilités de soins et d'examen ambulatoires. Ces hospitalisations abusives sont toujours faites pour des enfants en difficulté familiale ou sociale.

Il ne s'agit pas, bien entendu, de condamner systématiquement tout placement, mais il faut qu'un placement soit fait en connaissance de cause, après étude de tous les facteurs en jeu, comme une *indication thérapeutique* et non faute de mieux.

Il faut mettre tout en œuvre pour prévenir les problèmes psychosociaux et pour cela tenir compte des signaux d'alarme, des signes de souffrance familiale. La demande de placement en est un.

Il paraît urgent d'autre part que l'Aide Sociale à l'Enfance soit profondément réformée, décloisonnée, et qu'elle établisse des liens avec l'équipe de psychiatrie infantile de secteur.

BIBLIOGRAPHIE

RIPOCHE (J.). — L'Aide Sociale à l'Enfance. In *Pédiatrie Sociale*, MANDE R., MASSE N. et MANCIAUX M., 1 vol., Flammarion, Paris, 1977, pp. 670-671.

SOULE (M.) et NOEL (J.). — Le grand renfermement des enfants dits « cas sociaux » ou malaise dans la bien-faisance. *Psychiat. Enfant*, 1971, 14, pp. 577-620.

ABANDON-ADOPTION

L'abandon et l'adoption sont régis en France par la Loi du 11 juillet 1966.

1) Abandon

La loi permet qu'une mère accouche anonymement et ne reconnaisse pas son enfant à la naissance. Il est alors déclaré sous trois prénoms. La mère a trois mois pour se rétracter, ce qu'elle peut faire alors sans condition préalable, ni justification. Passé ces trois mois, l'enfant devient pupille de l'Etat et est adoptable.

Ces dispositions (déjà inscrites dans la loi de 1904) ont fait disparaître presque complètement des situations de fait catastrophiques, telles que le dépôt des enfants dans des lieux publics, à la porte des églises, voire l'infanticide. Toutefois des pressions morales extérieures et intérieures s'opposent souvent à ce que les mères abandonnent légalement leurs enfants, ce qui aboutit à des abandons de fait de nombreux enfants, qui ont le statut de recueillis temporaires et dont les parents ne s'occupent jamais.

La loi a prévu la possibilité (article 350) pour le Tribunal de Grande Instance de prononcer un *jugement d'abandon*, s'il est prouvé que pendant une durée d'au moins un an aucun des deux parents n'a pris soin de l'enfant, ni ne lui a manifesté aucun signe d'intérêt réel (il ne suffit pas d'envoyer une carte postale). Les parents perdent alors leur puissance parentale et l'enfant devient adoptable.

Il semble que cette possibilité ne soit pas utilisée aussi souvent qu'il serait possible. Les enfants abandonnés de fait sont malheureusement encore trop nombreux.

2) Adoption

Il y a deux types d'adoption légale :

a) *L'adoption simple*, qui maintient les liens avec la famille d'origine. L'enfant garde son nom et y ajoute son nom adoptif. Ce type d'adoption n'intéresse guère le psychiatre d'enfants. Le plus souvent elle est utilisée pour arranger des situations familiales, en particulier sur le plan pécuniaire, puisque l'adoption simple ouvre droit à l'héritage.

b) *L'adoption plénière* : les liens avec la famille d'origine sont complètement et définitivement rompus. L'enfant change de nom à l'état civil pour prendre le nom de ses parents adoptifs. La filiation adoptive est équivalente à la filiation naturelle. L'adoption plénière est définitive et irrévocable.

Les couples d'adoptants doivent remplir certaines conditions : n'avoir pas d'enfants naturels (l'adoption est possible quand il y a des enfants naturels avec dispense du Président de la République) — être mariés depuis au moins 5 ans — l'un des conjoints doit avoir atteint l'âge de 30 ans.

Les célibataires âgés de plus de 35 ans peuvent également adopter

Avant l'adoption une enquête sociale est faite, ainsi qu'un examen par un psychiatre habilité. Le psychiatre doit fournir une attestation, disant s'il y a ou non des obstacles psychologiques au pro-

jet d'adoption. Cet entretien psychiatrique ne doit pas être une simple formalité. Il est essentiel en effet que les motivations profondes du projet d'adoption soient clarifiées. Certains couples se trompent en pensant arranger leurs problèmes par une adoption : c'est le cas de couples qui sont en train de se dissocier et dont un des conjoints pense resoudre le couple par une adoption. Certaines personnes déprimées, après un deuil par exemple, ressentent le besoin d'une présence auprès d'elles pour lutter contre la dépression ; cela n'est évidemment pas une bonne circonstance pour adopter. Certains couples sont trop âgés pour s'occuper d'un enfant ; il y a des couples stériles qui n'ont jamais envisager d'adopter jusqu'à la retraite et qui l'envisage alors, pour avoir une présence pendant leurs vieux jours.

De temps en temps, le psychiatre détecte des troubles mentaux patents chez l'un ou l'autre des conjoints.

Cet entretien a également pour objet de permettre aux futurs adoptants d'éclairer certaines questions qu'ils se posent, de parler de leurs inquiétudes (hérédité, révélation etc.).

L'enfant n'est confié à des parents adoptifs qu'après une observation d'au moins quatre mois, afin de vérifier qu'il n'est pas atteint d'une maladie héréditaire évolutive. Il est d'abord confié sous le régime du « placement en vue d'adoption », puis le Tribunal prononce un jugement d'adoption.

Le nombre d'enfants français adoptables est très inférieur au nombre de demandes émanant de couples candidats à l'adoption. Il n'y a annuellement que 4 à 5 000 enfants français adoptés, alors que les demandes sont de l'ordre de 40 000. Devant cette situation beaucoup de parents cherchent à adopter des enfants étrangers en s'adressant à des œuvres privées. De toute façon, les démarches à faire sont les mêmes, le visa d'entrée n'est donné à l'enfant que si le dossier d'adoption est complet. Certains de ces enfants sont de couleur, ce qui peut poser des problèmes d'identification à l'un ou l'autre des parents adoptifs.

Le problème de la « révélation »

Il est important que l'enfant connaisse sa filiation adoptive lorsqu'il est encore assez jeune. L'expérience a montré que lorsque l'enfant se sent aimé, en confiance dans son foyer adoptif, il accepte très bien cette « révélation ». Il l'accepte par contre mal si les parents ont tardé à la faire. Il peut alors avoir l'impression que toute sa vie a été faussée par la dissimulation ; il risque de perdre confiance dans ses parents adoptifs. De toute façon, il apprendra sa filiation adoptive tôt ou tard, puisqu'elle est signalée dans son état civil.

La meilleure période pour apprendre tout naturellement à l'enfant sa filiation est celle où il commence à s'intéresser aux problèmes des origines, de la naissance des bébés, de la sexualité. Cela se produit dès l'âge de 4 à 5 ans.

Certains parents adoptifs, bien qu'informés de cela, craignent cette révélation. Ils pensent que l'enfant ne va plus les aimer ou qu'ils vont perdre leur autorité sur lui. L'entretien avec le psychiatre ou avec l'assistante sociale chargée de l'enquête sociale peut les aider à élaborer le problème et à écarter leurs craintes. Il importe de leur montrer que l'essentiel pour l'enfant est l'affection réelle qu'on lui porte, que c'est elle qui est le meilleur garant des bonnes relations parents-enfant et de l'épanouissement de l'enfant.

Psychopathologie de l'enfant adopté

Dans une cohorte d'enfants ayant consulté en psychiatrie infantile, le pourcentage d'enfants adoptés est un peu plus élevé que dans la population générale : il y a 1,3 % d'enfants adoptés dans la population générale et 2,9 % dans une cohorte de consultation spécialisée. Mais il faut tenir compte de la plus grande facilité à consulter des parents adoptifs, du fait d'une inquiétude plus forte.

Les symptômes pour lesquels ces enfants consultent sont les mêmes que ceux des autres enfants. Il n'y a pas de syndrome particulier de l'enfant adoptif. Certains symptômes se rencontrent

plus fréquemment du fait sans doute d'une moins bonne tolérance du milieu adoptif à certaines manifestations, qui raniment le spectre d'une hérédité pathologique : agressivité, comportements antisociaux, manifestations sexuelles intempestives.

Il arrive que l'adolescent utilise sa situation d'adopté pour revendiquer auprès de ses parents, voire pour exercer sur eux un certain chantage. L'adolescent menace de ne pas obéir, de fuguer, d'aller retrouver ses vrais parents. En fait cela dénote un malaise profond et c'est lui qu'il faut essayer d'analyser. Il nous semble important d'aider alors les parents adoptifs à comprendre que les menaces de leur enfant ne sont pas à prendre à la lettre et qu'il faut les comprendre comme l'utilisation par l'adolescent de ce qu'il a sous la main pour exprimer sa souffrance et lancer un appel. Cela les aide à sortir d'un cercle vicieux de culpabilité et d'agressivité.

BIBLIOGRAPHIE

LAUNAY (C.), SOULE (M.) et VEIL (S.). — L'adoption. 1 vol., Les Editions Sociales Françaises, Paris, 1968, 224 p.

SOULE (M.) et NOEL (J.). — Abandon-adoption, in Pé-

diatrie Sociale, MANDE R., MASSE N., MANCIAUX M., 1 vol., Flammarion, Paris, 1977, pp. 549-553.

LES ENFANTS VICTIMES DE SEVICES

C'est à une date très récente que les psychiatres d'enfants et les pédiatres ont pris conscience de la gravité et de la fréquence des sévices infligés à certains enfants par leurs propres parents, ou d'autres adultes de leur entourage (nourriciers, gardiens). Il y a bien eu quelques travaux anciens sur ce sujet (Tardieu 1879, Parisot et Caussade 1929), mais ils n'ont pas retenu l'attention des médecins.

C'est à la suite d'une publication d'un neurochirurgien américain, Ingraham, en 1944, que les médecins américains puis les médecins européens ont pris conscience du problème. Ingraham a affirmé la nature traumatique et supposé l'existence de sévices dans un certain nombre de cas d'hématomes sous-duraux du nourrisson dont l'étiologie restait jusque-là mystérieuse. Les radiopédiatres Caffey et Silverman ont ensuite décrit les aspects radiologiques des lésions osseuses dues à des sévices. Ces descriptions ont reçu le nom de « syndrome de Silverman », abusivement utilisé parfois pour désigner l'ensemble du syndrome des enfants victimes de sévices.

De nombreux pédiatres américains ont publié des études approfondies sur le problème. Citons notamment Wooley (1955), Kempe (1961).

En France, ce n'est qu'en 1965 qu'un article de Neiman a attiré l'attention des médecins français sur les sévices à enfants et démystifié le caractère idiopathique des hématomes sous-duraux du nourrisson. Depuis de nombreux auteurs se sont intéressés à ce problème et notamment P. Strauss et M. Manciaux.

La méconnaissance si tenace des sévices à enfants par des médecins ne laisse pas d'étonner. Certes les implications judiciaires du problème inquiètent le médecin, qui se sent souvent pris dans une contradiction entre la confiance que lui témoigne les parents et la protection qui est due à l'enfant. Mais il faut évoquer des facteurs plus profonds pour comprendre la réticence manifestée à diagnostiquer les sévices à enfants, non seulement par les médecins, mais aussi par les travailleurs sociaux. Il semble que l'idée même que des parents soient dangereux pour leur enfant, puissent mettre sa santé voire sa vie en danger, soit très difficilement acceptable dans la mesure où elle vient contredire un fantasme de parent idéal et de relation idéale parent-enfant. A cela s'ajoute le fait que la société ne reconnaît que très progressivement et très lentement les « droits de l'enfant ». Il semble qu'on craigne encore que l'enfant n'abuse systématiquement des droits qu'on lui reconnaît.

La réticence à reconnaître les sévices à enfants n'a pas disparu de nos jours. Trop souvent des sévices graves restent méconnus, par ceux, médecins, travailleurs sociaux, enseignants, qui pourraient les reconnaître et permettraient de soustraire l'enfant à des risques considérables.

Fréquence

Kempe et coll. trouvent dans leurs enquêtes à Denver et à New York 250 à 300 cas d'enfants battus par million d'habitants.

Helfer et Kempe ont calculé que 10 % des traumatismes d'enfants des centres hospitaliers de Rochester et de Colorado étaient dus à des violences exercées par les parents.

On a estimé aux U.S.A. à 60 000 le nombre d'enfants battus (Newsweek, 2/6/68) — à 4 600 en Grande-Bretagne — à 4 800 au Canada.

En France, on ne dispose pas de statistique globale. P. Straus trouve un pourcentage de 1 enfant battu pour 200 hospitalisations à l'hôpital Bretonneau, à Paris, depuis 1968.

La plupart des victimes ont moins de 3 ans (2/3 des cas pour P. Straus et M. Manciaux). Beaucoup ont moins d'un an.

Le risque vital est élevé : 2 à 3 % pour P. Straus et M. Manciaux, jusqu'à 11 % dans une statistique de Kempe.

Le risque de récurrence lorsque l'enfant est rendu à sa famille, sans précaution particulière, est estimé à 50 à 60 % par P. Straus et M. Manciaux.

Enfin le risque de séquelles neurologiques, orthopédiques, dysmorphiques et bien sûr psychoaffectives, est considérable.

Etude clinique

Le tableau clinique comporte :

1) *Un aspect et un comportement particuliers* de l'enfant : souvent il est négligé, sale, souffreteux, mais ce n'est pas constant. Parfois on constate un retard staturo-pondéral ou psychomoteur.

Son comportement est au début indifférent ou méfiant. L'enfant ne rit ni ne pleure. Il semble craindre l'entourage. Il est hypervigilant. Parfois il fait un geste de protection dès qu'on l'approche.

S.B. Friedman décrit une évolution en trois phases :

- une première phase de méfiance, pendant laquelle l'enfant est craintif, se cramponne à la personne qui s'occupe de lui, ne cherche pas le contact d'autres enfants, ne joue pas ;
- une deuxième phase d'hypergentillesse, où il cherche à plaire. Il devient gentil, prévenant, sensible aux compliments, mais il masque derrière cette attitude sa véritable personnalité ;
- une troisième phase, beaucoup plus tardive, parfois jamais atteinte, dans laquelle il devient capable de véritables attachements affectifs et de relations confiantes.

2) *Des lésions tégumentaires* : ecchymoses, hématomes, excoriations, égratignures, plaies de toutes sortes, brûlures.

Certaines de ces lésions ont un caractère tout à fait inhabituel par rapport aux « bobos » que peuvent se faire les enfants, d'où leur valeur diagnostique : brûlures à l'emporte-pièce dues à des cigarettes — traces de brûlures par fer à repasser — marques de liens etc.

Les localisations préférentielles sont la tête, les régions lombaires et fessières, les membres.

L'âge de ces lésions est variable. Certaines sont à l'état de cicatrice, d'autres peuvent être surinfectées et faire penser à de l'impétigo.

Une caractéristique essentielle est la disparition complète de ces lésions en milieu hospitalier. Toute lésion des téguments qui disparaît au cours d'une hospitalisation et réapparaît lors du retour à domicile est très suspecte d'être due à des sévices.

3) *Des fractures* des os longs, du tronc (fractures de côtes), du crâne.

Elles sont souvent multiples et d'âge variable.

L'aspect radiologique de ces fractures (« syndrome de Silverman ») est particulier pour plusieurs raisons : le jeune âge de l'enfant, ce qui favorise des fractures partielles, en bois vert ou sans déplacement — les types particuliers de traumatismes, par torsion, striction, broiement, élongation, ce qui favorise les décollements périostés et les arrachements métaphysaires — le fait que ces fractures aient été négligées, ce qui provoque des réactions périostées exagérées, engonçant la diaphyse.

4) *Les hématomes sous-duraux* : ce sont des collections de sang, qui se forment à la suite d'une rupture vasculaire entre la pie-mère (méninge molle) et la dure-mère (méninge dure). Ils com-

priment le cerveau et provoquent des troubles neurologiques sévères. Ils sont une cause fréquente de mort.

Ils s'observent surtout chez les enfants de moins d'un an.

Les symptômes principaux en sont :

- l'augmentation du volume crânien, avec éventuellement voussure de la fontanelle,
- des convulsions,
- des vomissements,
- des troubles de la conscience,
- des hémorragies rétiniennes.

P. Straus et M. Manciaux trouvent une fréquence de 21 % d'hématomes sous-duraux chez les enfants victimes de sévices.

Les circonstances familiales

Les enfants victimes de sévices se rencontrent dans tous les milieux sociaux. Toutefois il semble bien que certaines circonstances familiales ou sociales en augmentent la fréquence : l'alcoolisme ou la débilité des parents — l'insuffisance des moyens matériels — l'exiguïté et le surpeuplement des logements.

On trouve une plus grande fréquence d'enfants victimes de sévices dans les familles isolées sur le plan social, déshéritées sur le plan culturel ; dans les familles dissociées ou marginales : instabilité des relations conjugales, mères célibataires, concubinages successifs avec enfants de plusieurs lits etc.

Souvent l'enfant victime appartient à une fratrie de plusieurs enfants dont il est le seul à subir des sévices, c'est l'« enfant cible ». Certaines circonstances favorisent le choix de l'« enfant cible » : enfant né d'un autre lit — enfant adultérin — enfant né prématurément — enfant ayant été séparé longtemps de sa famille — enfant handicapé sur le plan moteur, sensoriel ou mental.

La personnalité des parents a bien entendu fait l'objet de nombreuses recherches. Notons d'abord que le parent responsable des sévices les inflige le plus souvent au su de l'autre parent et en bénéficiant sinon de sa complicité, du moins de son silence.

Il est rare que le parent responsable soit un malade mental avéré (psychotique ou déséquilibré agressif). La fréquence des troubles d'ordre névrotique n'est pas plus grande que dans la population générale.

Les personnalités décrites correspondent le plus souvent à un type de personnalité « narcissique » et « abandonnique ». Ce sont des personnes qui ont en général elles-mêmes connu une enfance difficile, carencielle sur le plan affectif. Elles ont souvent subi elles-mêmes des châtiments corporels, voire des sévices pendant leur éducation.

Elles gardent à l'âge adulte le sentiment d'être mal aimées, ont une grande quête affective, un besoin de réconfort et de dépendance permanent. Elles attendent de leurs enfants le soutien et le réconfort qu'ils sont bien entendu incapables de leur donner. Elles deviennent de ce fait extrêmement exigeantes, intolérantes à tout écart de comportement. Leurs impulsions agressives à l'égard de l'enfant se déclenchent lorsqu'elles sont mises par lui en échec dans cette quête de renforcement narcissique, de soutien et de réconfort. Les sévices surviennent alors au cours d'un accès de colère incontrôlée.

Conduite à tenir

La conduite à tenir lorsqu'on suspecte des sévices à enfant est bien entendu délicate. Notons d'abord qu'il s'agit plus souvent de suspicions que de certitude. Les parents n'avouent pas spontanément les sévices dont ils sont responsables et ce n'est ni le rôle du médecin ni celui du travailleur social de chercher à obtenir à tout prix des aveux.

Il est indispensable de signaler les sévices constatés aux autorités administratives et judiciaires. L'autorité administrative à prévenir est la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale (D.D.A.S.S.). L'autorité judiciaire à prévenir est le Juge des enfants.

La D.D.A.S.S. ne peut intervenir qu'avec le consentement des parents par des mesures d'assistance préventive à domicile, efficaces seulement dans les cas bénins.

L'intervention du Juge des enfants est nécessaire dans les cas plus sévères. Ses pouvoirs sont très étendus. Il peut retirer temporairement un enfant de son milieu familial en prenant une Ordonnance de Garde. Il peut ordonner une Aide Educative en Milieu Ouvert (A.E.M.O.) lorsque l'enfant est rendu à sa famille.

Il reste trop fréquent que ni la D.D.A.S.S. ni le Juge des enfants ne soient prévenus et qu'on laisse l'enfant exposé au risque considérable de récidive. Une meilleure collaboration entre services administratifs, tribunaux pour enfants, services hospitaliers et services sociaux seraient nécessaires pour améliorer le dépistage, le signalement et la prise en charge des enfants victimes de sévices. Les médecins et les travailleurs sociaux craignent trop souvent en faisant un signalement de perdre la confiance des parents ou de trahir le secret professionnel. Une Loi du 15 juin 1971 donne aux médecins « la faculté de porter à la connaissance des autorités les sévices ou privations à enfants dont ils peuvent avoir connaissance », sans toutefois leur en faire une obligation.

Ce problème est, bien entendu, compliqué par les poursuites pénales qui peuvent être engagées à l'encontre des parents. Il est évident que ces poursuites et d'éventuelles sanctions tendent à gêner les signalements. Ajoutons qu'elles n'apportent aucune solution au problème de l'enfant.

Une séparation temporaire de l'enfant de son milieu familial est le plus souvent nécessaire. Dans les cas les plus graves, une séparation définitive peut s'imposer. Elle est alors garantie par un Jugement de déchéance de la puissance parentale.

Il est essentiel d'aider les parents. Il faut considérer les sévices à enfants comme un signe de souffrance familiale, un signal d'alarme non seulement pour l'enfant, mais aussi pour les parents. Le mode d'aide le plus efficace semble une assistance très directe par des visites à domicile de travailleurs sociaux, sur lesquels peut s'opérer un véritable transfert qui étonne par son intensité, sa massivité, son caractère archaïque.

H. Alexander préconise que l'équipe de travailleurs sociaux soit disponible 24 h/24 au téléphone afin que les parents puissent utiliser le travailleur social et non l'enfant dans les moments de désarroi. Grâce à cette prise en charge, qui exige beaucoup de temps et de disponibilité de la part d'un personnel formé, les relations entre l'enfant et ses parents peuvent se modifier, le parent responsable des sévices peut s'identifier au travailleur social qui l'écoute et devenir alors capable d'écouter et de comprendre son enfant.

Cette prise en charge doit se poursuivre après le retour de l'enfant à la maison. En France, c'est la formule de l'A.E.M.O. entreprise sur Ordonnance du Juge des enfants, qui est utilisée.

Beaucoup reste à faire dans la prévention et le traitement de ce difficile problème. Une meilleure cohésion des techniciens avec les différents services intéressés paraît indispensable pour progresser dans le sens d'une prévention plus efficace et d'une prise en charge mieux adaptée.

BIBLIOGRAPHIE

KEMPE (C.H.) et HELFER (R.E.). — L'enfant battu et sa famille. Ed. Fleurus, Paris, 1977.

STRAUS (P.) et WOLF (A.). — Un sujet d'actualité : les enfants mal traités. *Psychiat. Enfant*, 1969, 12, pp. 577-628.

STRAUS (P.) et MANCIAUX (M.). — Les enfants victimes de sévices. In *Pédiatrie Sociale*, par R. MANDE, N. MASSE et M. MANCIAUX, 1 vol. Flammarion, Paris, 1977, pp. 554-560.

LA THERAPEUTIQUE

INTRODUCTION

Dans cette dernière partie consacrée à la thérapeutique, que nous avons voulu aussi détaillée et concrète que possible, nous sommes amenés à aborder les différents types d'intervention thérapeutique à visée curative auxquels on peut éventuellement recourir, en insistant d'abord sur ce qui définit, quelle que soit cette intervention, simple consultation ou traitement prolongé par exemple, les conditions d'une relation authentiquement positive avec l'enfant et sa famille. Ce sont ensuite les diverses modalités d'action thérapeutique au niveau de l'enfant, lorsque celle-ci s'impose, qui sont envisagées dans leurs indications comme dans leur réalisation : consultations répétées, prise en charge psychothérapique ou en rééducation, prescription médicamenteuse, traitement en établissement spécialisé, placement familial thérapeutique, etc. Un chapitre spécial est réservé à l'action éventuelle au niveau des parents, tant celle-ci est essentielle dans ce domaine de la psychiatrie. Bien entendu, nous ne négligeons pas ici ce qui doit constituer l'indispensable prévention en la matière, en rappelant les objectifs et les moyens actuels.

Il nous a semblé utile, pour terminer ce volume, de décrire les grandes lignes de l'organisation non seulement de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent mais de l'ensemble de l'hygiène mentale infantile, en donnant des précisions sur le secteur de psychiatrie infanto-juvénile, sur les divers établissements thérapeutiques, privés ou semi-publics, les classes et les écoles spécialisées, les institutions relevant de la Justice, sur les problèmes administratifs les plus souvent rencontrés, le fonctionnement de la C.D.E.S. par exemple.

Nous espérons qu'à la lecture de ces lignes se dégageront peu à peu les idées essentielles qui sous-tendent la prise en charge thérapeutique d'un enfant.

Notons simplement dès maintenant que toute intervention thérapeutique en psychiatrie de l'enfant doit s'insérer dans une stratégie d'ensemble et tenter de répondre à la question : comment assurer à cet enfant précis le meilleur développement possible ? Ceci nécessite, en premier lieu, un bilan diagnostic approfondi : évaluation du développement de l'enfant dans tous les domaines, étude de la place de l'enfant dans le milieu familial et social, appréciation de ses symptômes et de leur signification dans les deux contextes précédents. Les décisions thérapeutiques devront se garder de deux défauts opposés : corriger « à la demande » les symptômes ou promouvoir un système d'assistance à tous les niveaux. Pour échapper à ces écueils, il faut *envisager une stratégie d'ensemble* : choisir les secteurs ou les niveaux de désorganisation sur lesquels on agira en premier lieu ; définir les critères selon lesquels on jugera de cette action ; modifier l'action thérapeutique en fonction des résultats. Pour chaque symptôme, pour chaque type de trouble dans l'organisation de la personnalité, il faudrait énumérer les différentes stratégies possibles ; cela n'est évidemment pas possible. En fait, il s'agit bien plus de réaliser une appréciation sérieuse de l'ensemble des problèmes soulevés par le développement de l'enfant. Tâche à laquelle médecin, psychiatre d'enfant, psychologue, éducateurs, rééducateurs, assistantes sociales sont étroitement associés, même si pour chaque cas particulier, l'un ou l'autre de ces spécialistes est appelé à jouer un rôle déterminant mais exceptionnellement exclusif.

LES INTERVENTIONS A VISEE CURATIVE

LA RELATION THERAPEUTIQUE

La qualité de la relation qui est établie avec l'enfant joue un rôle fondamental quel que soit le traitement décidé. La « relation thérapeutique » n'est pas réservée aux traitements psychothérapeutiques. Les rééducations, les traitements institutionnels, la chimiothérapie elle-même, supposent une qualité thérapeutique de la relation avec l'enfant.

Qu'appelle-t-on « relation thérapeutique » ? Il est certain que chacun a sa façon d'entrer en contact avec un enfant. Il faut se garder de tout plagiat et élaborer soi-même peu à peu l'attitude qui paraît la plus adéquate. Il est cependant possible de cerner la notion de « relation thérapeutique » en se référant à des qualités subjectives, que chacun adoptera à sa personnalité et à sa pratique.

Pour être « thérapeutique », une relation suppose :

1) *Une grande disponibilité*, c'est-à-dire que pendant le temps où on se trouve avec l'enfant, il faut être tout à lui, dégagé de tout autre préoccupation, avoir la possibilité de prendre son temps, tout le temps nécessaire pour qu'une relation s'établisse.

La disponibilité est surtout une disposition psychique qui permet que l'enfant sente qu'il s'agit vraiment de communiquer avec lui, de l'entendre. Les autres qualités dont nous allons parler ne sont au fond que des conditions de cette disponibilité.

2) *Une absence d'a priori* : l'enfant vient pour parler de lui, il ne faut pas que nous lui donnions l'impression de le connaître avant de l'avoir entendu, ce qui serait de toute façon erroné, même si nous avons une relation détaillée sur lui, venant des parents. Il ne faut pas confondre le discours des parents et la réalité de l'enfant.

3) *Un désir de comprendre*, avant que de guérir. C'est là, sans doute, un des aspects les plus difficiles et paradoxaux de la « relation thérapeutique ». Le souci de guérir ne doit pas être absent de l'esprit du psychiatre ou des autres thérapeutes. Mais, comme le dit D.W. Winnicott, l'essentiel du processus de guérison vient de l'enfant lui-même. C'est à travailler pour lui donner les moyens de guérir par lui-même, que le thérapeute doit s'atteler.

La volonté de guérir à tout prix est ambiguë pour plusieurs raisons : vouloir supprimer les symptômes n'est peut-être pas aller dans le sens le plus fondamental de l'enfant, qui est poursuivre ou reprendre le développement de sa personnalité. Cela peut être répondre au désir d'un autre, la mère, le père, un enseignant, désir qui peut être aliénant pour l'enfant. Vouloir guérir, ce peut être satisfaire un désir personnel : vérifier une théorie, se prouver sa qualité professionnelle etc., là encore au détriment de l'intérêt de l'enfant.

Il est évident, bien sûr, qu'une technique thérapeutique doit faire sa preuve par les résultats qu'elle donne, mais cela a posteriori. Le souci de prouver l'efficacité d'une technique thérapeutique relève d'un travail d'élaboration après coup qu'il faut faire en dehors de la relation avec l'enfant.

4) *La capacité d'analyser* ses propres attitudes, ses propres sentiments, afin de dégager la relation de ce que le thérapeute peut y projeter et qui vient faire écran entre lui et l'enfant.

5) *La capacité de s'identifier* à l'enfant, sans perdre son identité dans cette identification. Cette capacité d'identification dépend de l'*empathie* qui est la capacité à éprouver ce que l'autre éprouve.

Un autre chapitre est consacré aux psychothérapies. Nous insisterons donc ici sur la « relation thérapeutique » dans d'autres circonstances : la consultation thérapeutique — les rééducations — les traitements institutionnels.

I - LA CONSULTATION THERAPEUTIQUE

Nous appelons avec Winnicott « consultation thérapeutique » des entretiens, unique ou peu nombreux, qui permettent à l'enfant de prendre conscience d'un aspect essentiel de lui-même, de mobiliser ses positions inconscientes, et qui souvent suffisent à traiter l'enfant.

« Il est en effet manifestement inutile, voire impossible, écrit Winnicott, de prescrire à chaque enfant un traitement analytique. Bien souvent le (ou la) psychanalyste se trouve en difficulté quand il (ou elle) tente d'appliquer son savoir à la psychiatrie infantile. Or je me suis rendu compte qu'en utilisant toutes les données d'un premier entretien, j'étais en mesure de répondre à la demande de nombreux cas ».

La consultation thérapeutique est sans doute ce qui demande le plus d'expérience. Winnicott se compare à un violoncelliste qui a travaillé avec acharnement sa technique pendant des années afin de la maîtriser et qui devient enfin capable de faire de la musique.

Il fonde sa technique sur l'utilisation des « squiggle », gribouillages que tour à tour l'enfant et le thérapeute exécutent, en demandant à l'autre de le compléter pour en faire un dessin. Winnicott ne propose pas du tout cette technique comme un modèle à imiter mais comme un moyen, qui lui sert à établir entre l'enfant et lui une « aire de jeu », dans laquelle peu à peu va se créer une communication profonde. L'effet thérapeutique apparaît à l'intersection de deux « aires de jeu », celle du thérapeute et celle de l'enfant. L'intérêt de Winnicott pour le jeu s'inscrit dans la ligne de sa réflexion sur les « objets et phénomènes transitionnels », qui se situent à la frontière du Moi et du non-Moi, de la réalité psychique intérieure et de la réalité extérieure. Il s'inscrit en faux contre toute technique qui prétend imposer à l'enfant une vérité extérieure toute faite, et qui le met dans un état de soumission aliénante. Il défend les droits de la créativité, de la découverte, ce qui suppose que l'on fasse une place à ce qu'il appelle « l'expérience informelle », c'est-à-dire à une expérience encore floue, inorganisée, où l'intra et l'extra-psychique ne sont pas bien distincts, mais qui n'est pas à confondre avec les processus projectifs qui mènent au délire : « Il faut donner, écrit Winnicott, une chance à l'expérience informelle, aux pulsions créatives, motrices, sensorielles, de se manifester ; elles sont la trame du jeu, c'est sur la base du jeu que s'édifie toute l'existence expérientielle de l'homme. Nous ne sommes plus dès lors introvertis ou extravertis. Nous expérimentons la vie dans l'aire des phénomènes transitionnels, dans l'entre-lac excitant de la subjectivité et de l'observation objective, ainsi que dans l'aire intermédiaire qui se situe entre la réalité intérieure de l'individu et la réalité partagée du monde extérieur ».

Plus que dans toute autre technique, le « vouloir guérir » est à prohiber au profit de la relation, de la communication avec l'enfant. Il faut se garder de vouloir au cours d'un seul entretien faire des interprétations profondes, qui risquent d'être sauvages. Mieux vaut avoir l'impression de ne pouvoir rien expliciter mais avoir eu un bon contact avec l'enfant, que de croire qu'on a tout compris, sans s'être soucié de la relation avec l'enfant.

II - LA « RELATION THERAPEUTIQUE » DANS LES REEDUCATIONS

A première vue, les rééducations, orthophoniques, psychomotrices, psychopédagogiques etc., visent un trouble instrumental défini et doivent s'appuyer sur une technique plutôt que sur une relation. En fait, les deux sont indissociables. Une technique, si bonne soit-elle, manque son but si elle ne s'appuie pas sur une certaine qualité de la relation. Cela ne veut pas dire qu'il faille méconnaître ou rejeter les techniques, mais qu'il faut les utiliser à bon escient, c'est-à-dire au moment où l'enfant est capable d'en profiter, au moment où elle apporte quelque chose au développement global de sa personnalité.

C'est la raison pour laquelle les rééducateurs sont amenés parfois, et pendant de nombreuses séances, à laisser de côté leurs techniques, afin d'établir une relation avec l'enfant, de créer entre lui et eux une « aire de jeu » et de pouvoir ensuite proposer leur technique sous la signe d'un plaisir partagé. Cela est souvent particulièrement difficile à faire comprendre aux parents, voire aux administrations de tutelle, qui saisissent mal qu'un enfant qui a besoin de perfectionner son langage, de se rééduquer en lecture, en écriture etc., joue ou dessine pendant ses séances.

Il est important que le rééducateur sache pourquoi il adopte telle ou telle attitude, pourquoi il écarte ou propose tel exercice à tel moment. Il ne faut pas en effet attendre du jeu ou du dessin un effet magique. Certaines rééducations manquent leur but parce que le rééducateur n'ose jamais proposer un exercice qu'il ressent comme contraignant, et pense qu'il faut laisser faire l'enfant. En fait, l'enfant peut avoir besoin justement qu'on lui propose des exercices et peut ressentir le laisser-faire comme un abandon. Jeu et dessin n'ont de valeur que comme moyen d'établir une relation et de faciliter la communication.

Il est fréquent qu'un rééducateur se sente mal à l'aise parce qu'il perçoit que le moment n'est pas venu de proposer des exercices précis à l'enfant et qu'il se sent payé pour le faire. Il a l'impression de ne pas faire son travail, de ne pas répondre à la demande des parents, de l'école ou du centre dans lequel il est employé. De tels problèmes ne peuvent se résoudre que dans des réunions de synthèse où il est possible de réexaminer l'indication thérapeutique, et si l'on maintient l'indication de rééducation, de soutenir le rééducateur dans sa tâche et de le déculpabiliser. Il n'est pas souhaitable que le rééducateur s'enferme dans le secret et refuse de communiquer ce genre de problèmes aux autres membres de l'équipe.

III - LA « RELATION THERAPEUTIQUE » DANS LES INSTITUTIONS

Dans les institutions thérapeutiques pour enfants et adolescents, la relation avec le personnel est l'élément fondamental de l'action thérapeutique. Il s'agit alors d'une relation de longue durée, qui s'étend sur une grande partie de la journée (cas des hôpitaux de jour et des Externats médico-pédagogiques), voire sur la journée entière (cas des services d'hospitalisation et des internats médico-pédagogiques). Cela pose des problèmes particuliers et entraîne des difficultés accrues. Il n'est pas question de demander au personnel, éducateurs spécialisés, enseignants spécialisés, infirmiers et infirmières psychiatriques, d'adopter telle ou telle attitude définie par avance. Cela conduirait à un manque total de spontanéité et d'authenticité dans la relation avec les enfants.

Il est souhaitable que le personnel qui est en contact le plus durable avec les enfants ait des possibilités d'analyser ses relations et de se remettre en question, d'évoluer peu à peu de façon à se sentir plus à l'aise, plus disponible, mieux capable de comprendre les enfants. Cela peut se faire de différentes façons : contrôle individuel ou collectif, à l'extérieur ou à l'intérieur de l'institution. Il est artificiel de donner des préférences a priori à telle ou telle formule. En fait l'expérience montre que chaque institution a sa propre histoire, sa propre évolution et aboutit à un mode original de fonctionnement qu'on ne peut pas définir par avance.

Les réunions de synthèse sont l'occasion pour l'équipe soignante d'une certaine remise en question, non pas directement des individus, ce qui ne serait pas supporté, mais de l'institution dans son ensemble, du fonctionnement même de l'équipe. C'est l'occasion d'analyser les difficultés de communication à l'intérieur de l'équipe.

Amado insiste sur cette « relation thérapeutique » à l'intérieur des institutions et sur l'influence du style de direction. Il décrit une cascade de réactions allant du Directeur de l'établissement jusqu'aux enfants : « Tel il sera (le directeur) avec ses collaborateurs, tels ceux-ci se montreront avec les enfants. En poussant cette manière de voir jusqu'au bout on pourrait ajouter : tels seront les enfants entre eux, et tel sera chaque enfant avec lui-même ».

Racamier a décrit la « projection scissionniste » qui se produit dans les institutions soignant des psychotiques. Les mécanismes de clivage et de projection des psychotiques se propagent à l'équipe soignante, qui est menacée à chaque instant de clivage : un membre ou un groupe de l'équipe est idéalisé comme « bon objet », l'autre comme mauvais. Le travail thérapeutique devient alors impossible, d'une part parce que les membres de l'équipe ne communiquent plus entre eux, d'autre part parce que l'équipe renvoie au patient une image clivée de lui-même. Ce mécanisme nécessite un travail constant d'élaboration, afin de résoudre les conflits toujours renaissant au sein de l'équipe. C'est là, à notre avis, le fondement principal de ce qu'on est convenu d'appeler la « psychothérapie institutionnelle ».

Il est habituel que naissent des tensions dans les institutions thérapeutiques entre l'équipe de base composée d'éducateurs et d'éducatrices spécialisés ou d'infirmiers et d'infirmières psychiatriques et les différents techniciens, psychiatres, psychologues, psychothérapeutes, rééducateurs etc. L'équipe de base a souvent le sentiment d'être vouée aux tâches les moins nobles et les plus éprouvantes, alors que les techniciens auraient le beau rôle et seraient préservés des angoisses les plus destructrices par leur technique. Les différences de statut et de rémunération entre les uns et les autres aggravent ces tensions.

Dans certaines équipes ces difficultés ont conduit à réduire au maximum les différences de fonction et de responsabilité entre les membres de l'équipe, quelle que soit leur formation de départ. Il y a un double risque dans cette voie : celui d'une certaine hypocrisie, puisqu'il reste vrai en général que le niveau de formation, le statut social, et la rémunération des membres de l'équipe sont très différents — celui d'une confusion qui accroît la confusion psychique des malades.

Il nous semble que l'issue de ce problème doit plutôt être cherchée dans une amélioration constante de la communication au sein de l'équipe soignante, ce qui suppose l'acceptation des différences sans préjuger de l'issue des luttes syndicales ou politiques qui peuvent se dérouler sur un autre terrain, la suppression des hiérarchies inutiles, sans tendre à la confusion des rôles, la reconnaissance du travail thérapeutique de chacun, sans privilégier tel ou tel type d'action thérapeutique, chacune ayant un rôle complémentaire de celui de l'autre. Il nous semble notamment essentiel de reconnaître le rôle thérapeutique des éducateurs spécialisés et des infirmiers psychiatriques, rôle plus difficile à définir que celui d'un psychothérapeute ou d'un rééducateur mais non moins essentiel.

L'amélioration de la communication au sein de l'équipe dépend beaucoup du travail effectué dans les réunions de synthèse et les groupes de contrôle. Le style de direction de l'équipe dont parle Amado intervient là de manière cruciale. Il faut qu'il ne soit ni autoritaire, ce qui réduit la plupart des membres au silence et à l'opposition larvée, ni démissionnaire, ce qui conduit à l'anarchie, à la confusion et en définitive à la dictature de l'inconscient de quelques-uns, sous forme de manipulations, de pressions diverses, de hiérarchies parallèles.

BIBLIOGRAPHIE

AJURIAGUERRA (J. de). — Le choix thérapeutique en psychiatrie infantile. Paris, 1967, Masson.

MALE (P.), DOUMIC-GIRARD (A.), BENHAMOU (F.) et SCHOTT (M.C.). — Psychothérapie du premier âge, 1 vol., P.U.F., Paris, 1975, 222 p.

RACAMIER (P.C.). — Le psychanalyste sans divan. Payot, Paris, 1970.

WINNICOTT (D.W.). — La consultation thérapeutique et l'enfant (trad. C. MONOD), 1 vol. Gallimard, Paris, 1971, 412 p.

LES PSYCHOTHERAPIES

Un fait a marqué l'évolution de la thérapeutique en psychiatrie de l'enfant au cours de ces quinze dernières années : la diffusion considérable de la psychothérapie, elle-même liée à l'impact de plus en plus important des idées psychanalytiques dans le domaine du développement et de la psychopathologie de l'enfant.

Il n'est guère besoin de souligner ici les aspects très positifs de ce succès. Mais ne doit-on pas constater aussi les problèmes : la psychothérapie n'est-elle pas ou ne risque-t-elle pas de devenir une réponse passe-partout, aux détriments des autres formes d'intervention thérapeutique ? N'assiste-t-on pas de plus en plus à une certaine confusion entre la nécessaire relation thérapeutique qui doit accompagner toute action auprès de l'enfant et la psychothérapie proprement dite, en méconnaissant ce qui fait sa spécificité ? La formation des psychothérapeutes a-t-elle suivi ? Pour prévenir les déceptions et les désillusions, il convient de garder à la psychothérapie le rôle qui lui revient, d'en bien connaître ses objectifs, ses indications, ses modalités ; de ne pas méconnaître les exigences du véritable travail psychothérapique, les difficultés de l'exercice de la psychothérapie.

I - LE CHAMP DE LA PSYCHOTHERAPIE

Avant d'aborder les problèmes plus concrets des indications des psychothérapies, des modalités de leur réalisation pratique, il est nécessaire de tenter de définir le champ même de la psychothérapie, de situer la place de celle-ci par rapport aux autres modalités thérapeutiques, aux multiples formes d'interventions éducatives et rééducatives (conseils éducatifs, pédagogie scolaire, techniques d'expression, rééducations instrumentales etc.), mais aussi, de manière plus générale, par rapport aux différents types de relations qui peuvent s'établir entre l'adulte soignant quel qu'il soit et l'enfant. Dans ce but, on peut, avec D. Widlocher, repérer trois paramètres dont l'étude va nous conduire à une approche plus précise de ce qu'est une méthode psychothérapique : le choix d'un mode d'expression, l'établissement d'un mode de relation, la nature des interventions du psychothérapeute.

A) LE MODE D'EXPRESSION

La psychothérapie suppose *un échange de communications* entre l'enfant et le psychothérapeute : le premier est amené à exprimer ce qu'il ressent et le second, en retour, accomplit tout un travail, d'information notamment, qui vise à faire mieux percevoir, mieux comprendre par l'enfant ses difficultés.

Il est clair que ces échanges ne se font chez l'enfant pas uniquement par *le langage*, que divers autres moyens d'expression doivent lui être proposés : *le jeu, l'expression plastique* (pâte à modeler, etc.), *le dessin, l'improvisation dramatique* (psychodrame) par exemple.

Par ces moyens l'enfant est amené sans guère le percevoir à exprimer sa souffrance, ses décep-

tions, ses aspirations, ses conflits, la manière dont il vit ses relations avec son entourage familial, scolaire ; à préciser comment il se représente les échanges entre adultes et enfants, entre enfants, selon leur sexe respectif etc. Bref, il livre des aspects de son monde intérieur, ses craintes, ses désirs, les obstacles qu'il imagine dans la réalisation de ces derniers.

Le fait de s'exprimer ainsi de manière symbolique dans le jeu ou le dessin peut avoir un effet libérateur, une valeur abréactive, mais ce qui distingue la psychothérapie de la simple technique d'expression, c'est le fait que le psychothérapeute est amené à utiliser ce qui se passe pendant les séances et qui lui permet de comprendre la vie affective de l'enfant, dans le but d'aider par ses interventions celui-ci dans l'élucidation de son malaise interne. L'aptitude à percevoir ce qu'exprime l'enfant de sa propre vie dans ses conduites, ses propos, ses productions plastiques ou ses jeux, est évidemment nécessaire pour le psychothérapeute, mais elle ne constitue qu'une partie de son travail, comme on va le préciser, contrairement à ce qui est parfois pensé par certains thérapeutes qui s'imaginent qu'il suffit de faire dessiner un enfant pendant une ou deux séances par semaine pour faire de la psychothérapie.

Le psychothérapeute doit savoir en effet par son attitude générale *stimuler la communication à un niveau propice* ; il lui faut participer d'une certaine manière à l'échange, entrer dans le jeu ou dans l'action, répondre aux propos de l'enfant, participer même parfois à l'élaboration du dessin. Bien entendu, cette participation, aussi spontanée que possible, doit demeurer orientée vers les fantasmes de l'enfant ; elle ne doit pas étouffer leur expression par l'imagination personnelle du psychothérapeute. Le psychothérapeute d'enfant est ainsi conduit à quitter la réserve qui est presque toujours nécessaire vis-à-vis de l'adulte. Bien des psychothérapeutes encore peu expérimentés hésitent à s'engager activement et par leur silence et leur refus de participation, laissent s'installer un climat d'enlui qui stérilise toute communication.

B) LE MODE DE RELATION

La nature de la relation entre l'enfant et le thérapeute et des sentiments qui l'accompagnent constitue un autre aspect essentiel de la situation psychothérapique. Nous venons de parler de la nécessité d'une certaine participation aux activités de l'enfant mais celle-ci ne doit pas empêcher le psychothérapeute de rester très attentif au mode de relation qu'il entend établir plus profondément.

Remarquons d'abord ce que la relation proposée ici à l'enfant a de différent de ses relations habituelles. Elle n'est pas d'un certain point de vue naturelle car elle rompt en effet avec l'ensemble des relations qui constituent la vie quotidienne de l'enfant ; elle est encore caractérisée par l'absence de tâche définie, ce qui distingue nettement la psychothérapie des attitudes pédagogiques, qui visent soit à un perfectionnement dans l'accomplissement d'une tâche (rééducation), soit à une évolution du comportement conforme à des normes (attitudes éducatives), en s'appuyant sur un mode de relation basé sur la suggestion et l'autorité. Evidemment, dans la pratique, il est bien difficile d'éliminer tout effet de suggestion ; mais en user délibérément est un obstacle quasi insurmontable dans l'établissement d'un certain type de communication.

En définitive, l'objectif essentiel, mais non le seul, est ici que l'enfant donne à cette relation qui est marquée par l'attitude à la fois neutre, bienveillante et compréhensive du thérapeute, et qui n'offre rien d'autre qu'elle-même, des caractéristiques qui reflètent ses modalités relationnelles, les conflits et les dispositions latentes de sa vie affective, afin que ces particularités puissent être analysées comme les projections de l'enfant, reflets de son monde privé, sur une situation en soi définie. L'enfant déploie alors dans la relation thérapeutique des sentiments comparables à ceux qu'il vit ou a vécus avec son entourage ; un *transfert* peut s'établir entre les attitudes passées ou présentes de l'enfant vis-à-vis des êtres aimés, ou de l'un d'entre eux en particulier, et ses attitudes à l'endroit du psychothérapeute. Toutefois, comme le rappelle D. Widlocher, le transfert n'est pas la névrose de transfert, laquelle définit le processus psychanalytique observable chez l'adulte et ne se crée que rarement et dans des conditions particulières chez l'enfant. Dans ce cas, le patient ne déplace pas seulement ses

attitudes passées ou présentes sur la personne du thérapeute, mais ce sont des conflits latents qui ne s'expriment que dans des symptômes névrotiques, donc sans rapport avec son comportement social, qui se projettent dans la situation thérapeutique. Ainsi un enfant présentant des obsessions et qui a un caractère particulièrement soumis, complaisant et raisonnable, se révélera agressif dans la relation thérapeutique en même temps que les obsessions diminuent. Toute une charge aggressive qui se trouvait prise dans l'organisation de la névrose s'extériorise ainsi.

Par ailleurs, l'enfant établit avec le psychothérapeute, à côté de liens transférentiels plus ou moins marqués, des rapports affectifs tout à fait nouveaux et positifs qui peuvent avoir *un effet réparateur* par rapport à des expériences affectives négatives anciennes ou actuelles. Cela est plus particulièrement recherché chez certains enfants souffrant de carences affectives, abandonniques ou ayant des failles narcissiques importantes ou bien encore à l'adolescence. Dans la même perspective se situent certaines psychothérapies d'enfants psychotiques ou déficients où il s'agit de leur proposer une néo-relation structurante par le climat de disponibilité, de sécurité, de permanence que le psychothérapeute s'efforce de créer.

C) LE MODE D'INTERVENTION

Le type d'intervention dépend, en premier lieu, du mode de relation qui s'est établi. Mais doit-on d'ailleurs toujours intervenir ? A ce propos, on peut remarquer que les techniques inspirées du psychologue américain Rogers jouissent d'une certaine faveur ; elles consistent à laisser le patient s'exprimer, à faciliter la communication, sans jamais intervenir. Cette méthode séduit souvent par son apparente facilité et aussi par un certain idéal d'absolue neutralité, de respect de la spontanéité de l'enfant. En fait, une telle attitude est ici source de nombreuses difficultés : désintérêt croissant de l'enfant, exacerbation de comportements provoquants ou ludiques.

S'il y a donc lieu de presque toujours intervenir, encore faut-il préciser comment le faire et dans quel but. Bien entendu, les modalités d'intervention sont multiples. En premier lieu, on peut dire que le thérapeute qui sait avoir une relation telle que l'enfant est amené à exprimer sa vie intérieure, qui sait écouter et comprendre ce qui est dit derrière les apparences, a en quelque sorte un travail d'information à faire auprès de cet enfant ; il va informer celui-ci d'éléments qui sont implicites dans son discours, dans ses conduites, mais lui échappent, avec l'idée que cela va apporter à l'enfant un soutien dans la maîtrise intérieure de ses conflits. Ainsi il peut réaliser un travail de *clarification* portant sur des éléments inaperçus de l'enfant mais qui ne sont l'objet d'aucune défense inconsciente. Soit l'intervention porte sur la situation réelle de l'enfant, le psychothérapeute se chargeant de faire prendre conscience à son jeune patient d'éléments de la réalité externe, des sentiments que ceux-ci lui inspirent ; soit l'intervention porte sur la réalité interne de l'enfant, il s'agit alors de faire prendre conscience de sentiments et de pensées qui ne sont pas inconscients au sens strict mais qu'il n'a pas reconnus explicitement en lui, sentiments que l'enfant ressent confusément sans pouvoir les distinguer clairement et encore moins les rapprocher des situations ou des représentations qui en sont la source. Le psychothérapeute peut encore se livrer à un travail d'*interprétation* (dans son sens psychanalytique strict) portant sur des éléments inconscients conflictuels (le désir pulsionnel sexuel ou agressif comme la défense) dont l'enfant ne saurait prendre conscience spontanément.

Nous avons déjà évoqué par ailleurs l'aspect réparateur de certaines *techniques psychothérapiques dites correctrices ou réparatrices* où le psychothérapeute cherche plus à établir un nouveau type de relation, à créer un climat de sécurité et tente d'apporter plus à l'enfant par sa présence physique, sa disponibilité, son attitude compréhensive que par d'éventuelles interprétations.

Ce que nous venons de dire des méthodes psychothérapiques montre que les nouvelles *thérapies comportementales* venues des pays anglo-saxons n'ont pas à voir grand chose avec elles, sur le plan des objectifs comme des moyens notamment. En effet, ces thérapeutiques reposent sur la conception que les symptômes pathologiques (phobies, obsessions, conduites agressives ou sexuelles dé-

viantes par ex.) ne sont que des conduites apprises, conditionnées, issues d'expériences conditionnantes antérieures, de stimuli anciens qui ont entraîné des réactions, des réponses qui se sont ainsi organisées sur un mode inhabituel. Ce n'est pas le contenu symbolique du symptôme et l'histoire du sujet, de ses relations affectives qui intéressent le comportementaliste, mais l'histoire même du symptôme, la manière dont il a pu s'organiser. Ainsi dans cette optique, sont utilisées des techniques diverses (désensibilisation systématique à l'égard de la situation anxiogène, apprentissage de nouvelles attitudes par renforcement positif etc.) basées sur les principes de l'apprentissage et où la directivité, la suggestion sont délibérément utilisées. On voit que nous sommes très loin des psychanalyses d'enfant ou des psychothérapies analytiques ou d'inspiration psychanalytique dont nous avons parlé plus haut et que ces thérapies comportementales sont essentiellement du registre d'un certain-type de rééducation.

II - LES INDICATIONS DE LA PSYCHOTHERAPIE

Les psychothérapies s'appliquent aux conflits psychiques, à la souffrance qui en résulte et à leurs effets pathogènes sur l'organisation de la personnalité. Leur champ d'application pourrait donc être très large en théorie. En fait, dans l'état actuel des choses, compte tenu notamment des possibilités de prise en charge, l'indication de psychothérapie est surtout guidée par trois sortes de conditions : l'état psychologique de l'enfant, l'entourage familial, les possibilités pratiques de réalisation de la psychothérapie.

A) L'ETAT PSYCHOLOGIQUE DE L'ENFANT

Il n'est pas facile de décider des cas où la psychothérapie est vraiment nécessaire. Bien entendu, on peut dire que ce sont ceux où les symptômes ou les troubles de l'organisation de la personnalité entraînent une souffrance mentale importante et où on pense qu'ils ne pourront pas s'amender tout seuls ou à l'aide d'une autre action thérapeutique plus appropriée (par ex. rééducation) mais cela n'est pas toujours facile à évaluer.

Si on considère d'abord *le ou les symptômes* pour lesquels est évoquée une psychothérapie, plusieurs remarques peuvent être faites :

— Le caractère du symptôme, sa gravité apparente, importent souvent moins que le retentissement général sur l'activité de l'enfant, sur son fonctionnement mental global ; ainsi, on peut tenir pour des éléments de gravité réelle, un désintérêt pour le jeu ou une incapacité à jouer, une absence d'occupation, l'apparition d'un désintérêt scolaire que ne justifie pas l'échec en ce domaine.

— Les facteurs qui actuellement fixent l'existence du symptôme sont bien plus importants que ses causes primaires, du point de vue de l'indication de la psychothérapie car d'eux dépendent les possibilités de mobilisation. L'enfant est amené à s'attacher à ses symptômes, il en tire des avantages, des bénéfices secondaires ; il s'identifie à eux, il se reconnaît en eux. D'ailleurs l'entourage, tout en déplorant les troubles, renforce cette identification et contribue à rendre l'enfant prisonnier de sa propre image. Tout cela pèse encore plus lourdement que les facteurs même d'apparition du trouble.

— Les arguments tirés du contexte psychologique personnel et familial dans lequel survient le symptôme sont essentiels.

Si donc on considère maintenant *l'organisation générale de la personnalité*, on peut dire que les organisations névrotiques entraînant une gêne, un malaise important chez l'enfant, représentent l'indication typique des psychothérapies psychanalytiques ou des psychanalyses d'enfant. Nombre d'organisations prépsychotiques ou psychotiques vont aussi en bénéficier. Certaines techniques spécialisées utilisant par exemple beaucoup les échanges à travers le corps de l'enfant et le climat dont on

a parlé dans les thérapeutiques à visée correctrice sont volontiers utilisées dans les formes les plus régressives et déficitaires des perturbations de l'organisation de la personnalité. Des interventions thérapeutiques brèves peuvent être très utiles dans les conflits de développement ou les troubles réactionnels lorsqu'ils entraînent une souffrance mentale qui risque d'entraver l'évolution psychologique ultérieure. A vrai dire, c'est toute la psychopathologie de l'enfant qu'il faudrait passer en revue pour savoir ce que l'on peut attendre de la psychothérapie dans chaque cas.

Une dernière remarque générale s'impose. On doit se méfier d'un idéal thérapeutique trop absolu ; le but n'est pas de supprimer tous les symptômes, comme s'il existait un comportement idéalement normal. Il faut souvent savoir se donner une stratégie limitée : par exemple, s'en tenir à la disparition d'un comportement qui sert de point de fixation pour tout un système de conduites pathologiques, aider l'enfant à dépasser le conflit qui entrave le plus son développement, réduire si possible une organisation pathologique en voie de consolidation.

B) L'ATTITUDE DES PARENTS

Face à la psychothérapie, les conditions dans lesquelles vit l'enfant représentent d'autres facteurs déterminants dans le choix thérapeutique.

Le poids du milieu est bien sûr important dans la genèse des troubles et leur fixation ; mais il l'est encore dans les chances de réussite de la psychothérapie et ce, quelle que soit l'importance des troubles. Il faut que les parents aient réellement accepté la psychothérapie, en aient perçu le sens et l'objectif, ce qui ne peut se faire qu'après plusieurs entretiens avec eux ou après un long temps d'évolution... voire jamais, car la demande parentale est bien plus souvent celle d'une rééducation scolaire ou instrumentale (du langage, psychomotrice) ou encore, malgré les apparences, d'un statu quo de l'enfant.

D'autre part, on peut se demander lorsque les conditions familiales dans lesquelles vit l'enfant sont par trop négatives et non mobilisables, réactivant en permanence les conflits internes de l'enfant, si le mieux n'est pas de faire porter, au moins dans un premier temps, ses efforts sur cette réalité externe en proposant une modification de la situation pour l'enfant (par exemple placement familial, foyer pour un adolescent, internat, institut médico-éducatif selon les cas).

C) LES POSSIBILITES PRATIQUES DE PRISE EN CHARGE PSYCHOTHERAPIQUE

Elles tiennent d'abord à l'éloignement ou aux difficultés réelles de déplacement de la famille pour amener l'enfant. Elles tiennent aussi aux possibilités du thérapeute, à l'importance ou non de sa liste d'attente, mais aussi de ses aptitudes, de son expérience, de ses intérêts. A ce sujet, il est souvent utile de maintenir une certaine diversité dans la difficulté et la gravité des cas pris en charge.

III - LA REALISATION DE LA PSYCHOTHERAPIE

La complexité des problèmes techniques rend difficile la présentation des aménagements pratiques. Bornons-nous à évoquer les principaux problèmes soulevés dans les psychothérapies analytiques ou les psychanalyses d'enfant.

A) LE CHOIX DU MOYEN D'EXPRESSION

Expression plastique, jeux, parole, improvisation dramatique ne devraient être choisis qu'en fonction de leur valeur expressive chez l'enfant.

En pratique, les techniques de *jeu* sont utilisées surtout chez le jeune enfant ; le choix du matériel est très variable : personnages, animaux, maisons, vitrines, éléments de décors, marionnettes, poupées...

Le *dessin* et les autres moyens d'expression plastique (peinture, modelage etc.) sont proposés un peu plus tard. Notons ici, comme pour le jeu d'ailleurs, que les commentaires de l'enfant concernant son dessin, l'histoire qu'il invente à son propos, l'élaboration progressive du dessin, le contexte dans lequel il est fait, la répétition des thèmes, la façon dont ils se suivent, s'engendrent, sont autant de points majeurs qui permettent d'accéder à ce que l'enfant exprime de manière personnelle, à son monde intérieur, bien plus que la connaissance d'un symbolisme général du dessin ne peut le faire.

L'expression dramatique (psychodrame) est un procédé souvent utilisé après 12 ans. Est-il besoin de rappeler la valeur expressive et aussi parfois cathartique de jeu de telle ou telle scène, réelle ou fictive par l'enfant (et l'adulte ?). Mais de plus, le matériel dramatique apporté en séance peut faire l'objet des interventions du thérapeute en vue de son travail de clarification ou d'interprétation. Les techniques sont nombreuses depuis le groupe d'enfants avec un encadrement thérapeutique réduit (2 personnes par ex.) jusqu'au groupe de thérapeutes (5 ou 6 de sexes différents) pour un seul enfant ; le thème du jeu est généralement choisi par l'enfant et les rôles distribués par lui.

B) LE RYTHME DES SEANCES

Le rythme des séances est souvent guidé par des raisons d'ordre pratique : possibilités de l'emploi du temps des parents, de l'enfant ou de l'adolescent et du psychothérapeute. Dans l'idéal, le rythme des séances doit être suffisamment rapproché pour que l'enfant mobilise ses sentiments dans la situation thérapeutique. On ne devrait parler d'une psychanalyse d'enfant proprement dite que pour un rythme de trois à cinq séances hebdomadaires, situation exceptionnellement réalisée et qui exige une maîtrise technique poussée.

Très souvent, on réalise des psychothérapies à un rythme bihebdomadaire, voire hebdomadaire. Il faut bien reconnaître que les séances hebdomadaires, qui pour des raisons pratiques s'imposent très souvent, sont généralement insuffisantes dans les organisations pathologiques névrotiques déjà structurées, à plus forte raison dans bien des troubles prépsychotiques ou psychotiques.

Toutefois des relations psychothérapiques authentiques peuvent se constituer à des rythmes plus espacés chez les adolescents notamment, ou lorsqu'on agit sur l'ensemble de la situation familiale.

Nous avons déjà évoqué plus haut (dans le chapitre la relation thérapeutique) l'éventuel impact psychothérapique d'une consultation unique (D.W. Winnicott).

Il y a lieu de dénoncer ici enfin le sentiment fréquent qu'une psychothérapie doit être prolongée, s'étaler sur plusieurs mois voire années pour avoir quelque chance de mobilisation thérapeutique réelle. Cela n'est pas vrai dans bien des cas et d'ailleurs certaines techniques de psychothérapies brèves, dites à objectifs limités, peuvent être tout à fait indiquées notamment en période de latence ou à l'adolescence.

C) L'ETABLISSEMENT ET LE MAINTIEN D'UNE « SITUATION THERAPEUTIQUE »

On a sans doute trop tendance à réduire la psychothérapie analytique à une activité d'interprétation. En fait il n'y a de véritable interprétation que dans un certain contexte, que l'on peut appeler « la situation thérapeutique ». Une grande part du travail du psychothérapeute consiste à favoriser l'établissement d'une situation thérapeutique et à veiller à son maintien tout au long du traitement.

Les règles pour établir une « situation thérapeutique » ont été formulées par S. Freud en ce qui

concerne la cure psychanalytique de l'adulte : du côté du patient, la position allongée sur un divan, la règle des associations libres, le paiement des séances manquées — du côté de l'analyste, la position assise dans un fauteuil, derrière le patient, la règle d'abstinence (non-intervention dans la vie du patient en dehors des séances), la fréquence, la régularité, la durée des séances, l'attention flottante.

Ces règles n'ont pas pu être transposées directement aux psychothérapies d'enfants. Les enfants supportent rarement la position allongée, ils ne rémunèrent pas directement le thérapeute, il est difficile de leur faire comprendre et appliquer la règle des associations libres. Les thérapeutes d'enfants ont dû mettre au point, comme nous l'avons déjà vu, des méthodes originales, en particulier en introduisant des véhicules de communication mieux adaptés à l'enfant que la communication purement verbale, à savoir le jeu et le dessin.

Les difficultés rencontrées pour mettre en place avec les enfants une situation thérapeutique ont amené les thérapeutes à approfondir cette notion. On peut la définir de la façon suivante : c'est une situation dans laquelle peut s'instaurer un transfert analysable.

Cela suppose une délimitation spatio-temporelle. Il faut que ce qui est l'objet de l'analyse soit contenu à l'intérieur d'un cadre : la pièce de psychothérapie et la durée de la séance. Si l'activité interprétative déborde ce cadre, le thérapeute n'a plus aucun moyen de savoir s'il analyse le transfert de l'enfant, s'il projette quelque chose de lui-même ou s'il est utilisé par l'entourage de l'enfant.

L'essentiel cependant est l'établissement d'une *relation transférentielle*. Historiquement le problème de l'instauration d'une relation transférentielle entre l'enfant et son thérapeute a donné lieu à des prises de position très divergentes. A. Freud est partie du principe qu'un véritable transfert tel que S. Freud l'a décrit chez les adultes névrosés n'était pas possible chez les enfants, du fait qu'ils étaient encore dépendants des véritables personnages parentaux. Elle a donc proposé une technique où se mêlent des attitudes psychanalytiques et pédagogiques et dans laquelle elle induit le transfert par une attitude délibérément séductrice, qui vise à ce que l'enfant s'attache affectivement à son thérapeute. Elle a certes beaucoup nuancé par la suite sa position, mais elle n'a jamais abandonné l'idée que le transfert n'a pas chez l'enfant la même valeur que chez l'adulte et qu'il n'y a pas pour lui d'équivalent aux associations libres.

A l'opposé, M. Klein a admis que les séquences de jeu, les dessins, les récits des enfants pouvaient être traités comme les associations libres de l'adulte, qu'un authentique transfert s'opérait et pouvait s'analyser à travers tout ce matériel. Pour elle, ce qui fonde le transfert c'est l'interprétation, qu'elle suggère de faire dès la première séance de la thérapie et de diriger vers les zones les plus profondes et les plus archaïques de l'inconscient. Le soulagement de l'angoisse qui en est obtenu est ce qui donne sa force au transfert et ce qui permet l'alliance thérapeutique nécessaire.

Il y a sans doute des ambiguïtés dans les positions extrêmes de chacun de ces deux auteurs. Si l'on doit, en suivant A. Freud, adopter une attitude de séduction active, ne risque-t-on pas d'introduire dès l'abord quelque chose d'inalanalysable ? La relation thérapeutique ne va-t-elle pas se fonder sur un artifice, ce qui est contradictoire avec l'intention d'élucider les vrais problèmes de l'enfant, d'avoir affaire à sa vraie personnalité ? La séduction d'autre part est toujours ambivalente ; s'il faut séduire, n'est-ce pas pour dénier une certaine agressivité ? L'enfant est très sensible à cette ambivalence et tend à se méfier de tout adulte séducteur.

Dans la position de M. Klein, il semble y avoir un cercle vicieux. Comment peut-on fonder le transfert sur une interprétation transférentielle ? D'autre part la recommandation qu'elle fait d'interpréter tout le matériel produit par l'enfant en termes de transfert, risque de conduire à une attitude systématique, à un « matraquage » interprétatif, qui peuvent être ressentis par l'enfant comme persécuteurs. Cependant la position de M. Klein a l'avantage de garder à la psychothérapie analytique de l'enfant sa spécificité : l'analyse du transfert et d'écarter toute autre attitude : pédagogique, éducative, ludique, consolatrice etc.

Plus récemment certains auteurs ont décrit des attitudes plus nuancées, qui tout en gardant à la psychothérapie analytique sa spécificité, permettent au transfert de s'établir peu à peu, comme un

processus naturel. La tâche du thérapeute n'est pas de l'induire, mais de favoriser une situation dans laquelle il puisse advenir et être élucidé. L'essentiel est pour cela l'attitude psychique du thérapeute, sa présence, son écoute, sa capacité à comprendre l'enfant, à entrer en communication avec lui. Nous citerons deux auteurs à ce sujet.

D.W. Winnicott insiste sur la nécessité de favoriser l'établissement d'une « aire intermédiaire » entre l'enfant et le thérapeute, aire dans laquelle la communication va pouvoir se développer. Rappelons qu'il a décrit la technique du « squiggle », gribouillis que le thérapeute et l'enfant exécutent à tour de rôle et que l'un demande à l'autre de compléter afin d'en faire un dessin. L'essentiel, Winnicott le dit bien, n'est pas le « squiggle » lui-même, mais la capacité du thérapeute à établir une communication avec l'enfant. L'interprétation surgit alors entre le thérapeute et l'enfant comme un « phénomène transitionnel », qui n'est ni entièrement suggéré par l'enfant ni tout à fait construit par le thérapeute, mais plutôt une création commune à l'enfant et au thérapeute.

D. Meltzer décrit la première phase d'une psychothérapie sous le nom de « réunion des éléments du transfert ». Le thérapeute joue un rôle de contenant des projections de l'enfant, de sa souffrance psychique, ce que Meltzer décrit sous les noms imagés de « sein-toilette » et de « maman-cabinet ». Là encore ce sont surtout les dispositions psychiques du thérapeute, sa capacité à analyser son contre-transfert (ce qui suppose qu'il ait subi une psychanalyse personnelle), qui lui permettent de jouer ce rôle.

On peut dire que la situation concrète des séances : fréquence, régularité, durée, unité de lieu, permissivité ou restriction apportées aux modes d'expression de l'enfant, découlent de ces dispositions psychiques du thérapeute et ne peuvent être définies une fois pour toutes.

Le maintien de cette « situation thérapeutique » pose des problèmes souvent ardues, surtout avec des enfants gravement malades. Il est très fréquent qu'en cours de thérapie l'enfant se mette à avoir des comportements très difficiles à tolérer et dont on peut craindre qu'ils aient pour but de détruire la « situation thérapeutique », d'enrainer le thérapeute hors de son rôle.

Tantôt il s'agit de comportements que l'on peut qualifier de séducteurs de la part de l'enfant qui demande au thérapeute de jouer avec lui, de l'aider à faire quelque chose, de le consoler. Il paraît souhaitable de répondre le moins possible à cette séduction, si possible pas du tout, mais de questionner, de commenter afin d'aider la mentalisation de la situation par l'enfant. S'il paraît inévitable d'y répondre, par exemple s'il faut aider l'enfant à faire quelque chose qu'il ne peut physiquement faire tout seul, il est bon de lui dire pourquoi on intervient. D'autres fois il s'agit de comportements destructeurs voire violents. Les violences directes sur la personne du thérapeute doivent être interdites, d'une part parce qu'elles ne seraient pas longtemps supportables, d'autre part parce qu'elles risquent d'induire une érotisation de la relation. Il faut aussi et pour les mêmes raisons empêcher l'enfant de se faire mal ou de se mettre dans une situation de danger. Les comportements destructeurs sur les objets posent des problèmes plus difficiles. Faut-il, par exemple, empêcher systématiquement l'enfant de casser les jouets. L'idéal serait bien sûr de trouver l'interprétation qui diminue son angoisse et l'amène de lui-même à cesser cette activité, mais cela n'est pas toujours possible et il ne faut pas que le thérapeute se sente tenu de donner une interprétation ou se serve de l'interprétation comme d'une arme magique. Il nous semble qu'il n'y a pas de règle générale possible et que c'est en fonction de ce que le thérapeute ressent qu'il doit adapter son attitude. Signalons à ce sujet qu'il est préférable d'avoir un lot de jouets personnels à chaque enfant.

Un problème similaire se pose avec les enfants qui sortent de la pièce de psychothérapie. Faut-il les empêcher de sortir ou les laisser faire ? Faut-il aller les rechercher ou attendre leur retour ? De toute façon, il faut que le thérapeute assure la continuité psychique de sa présence, qu'il continue à investir l'enfant même lorsqu'il est hors de la pièce de psychothérapie.

Enfin une des difficultés que l'on rencontre presque inévitablement est liée à l'interférence de l'entourage de l'enfant et surtout des parents.

D) LES RAPPORTS AVEC LES PARENTS

Il s'agit d'un problème important à essayer de résoudre au mieux dans chaque cas particulier en vue du bon déroulement de la psychothérapie. A vrai dire toutes les solutions ont été proposées, depuis l'absence totale de contact du psychothérapeute avec la famille jusqu'à la psychothérapie conjointe du groupe familial ou du couple mère-enfant, notamment chez les sujets très jeunes dans ce dernier cas.

On peut dire cependant qu'il est souhaitable dans la plupart des psychothérapies analytiques de l'enfant que le psychothérapeute n'ait qu'un minimum de contacts avec les parents pour qu'il puisse garder à l'égard de l'enfant sa neutralité initiale ; bien entendu, un tiers, le psychiatre ou le pédiatre qui a la responsabilité générale du cas par exemple, doit alors jouer le rôle de médiateur et de conseiller. En l'absence d'un tel soutien des parents par un tiers, il est fréquent que ceux-ci vivent assez mal la psychothérapie de leur enfant, se sentent exclus, déplacent leur agressivité à l'égard du psychothérapeute ressenti comme rival sur l'enfant lui-même et interrompent la psychothérapie.

Parfois, on est amené à conseiller aux parents ou à l'un d'eux d'avoir des entretiens répétés avec un autre spécialiste, voire une psychothérapie. On peut encore proposer des séances de discussion en *groupes de parents* d'enfants suivis dans le centre.

E) LE PROBLEME DE L'ASSOCIATION D'UNE AUTRE THERAPEUTIQUE

Là encore toute décision, toute intervention doivent être le fait d'un clinicien qui n'a pas la responsabilité de la psychothérapie, au mieux de celui qui a la responsabilité générale du cas. Dès lors, le problème d'associer des médicaments psychotropes par exemple peut être résolu en fonction des données propres à chaque cas ; il faut éviter simplement des doses excessives d'anxiolytiques ou de neuroleptiques afin de ne pas créer un ralentissement de l'activité expressive et imaginative ou des traitements prolongés pouvant entraîner aux yeux de l'enfant ou des parents un désinvestissement de ce qui se passe en psychothérapie. Associer une rééducation du langage ou de la psychomotricité soulève d'autres difficultés. La continuité des soins, l'importance de la relation avec le rééducateur retiennent sur la relation psychothérapique. Une confusion s'établit chez l'enfant, des sentiments se mêlent en un chassé-croisé ou se généralisent d'une situation à l'autre, sans bénéfice.

D'ailleurs, dans la plupart des cas, il est préférable pour juger des effets, de ne pas mêler des interventions thérapeutiques multiples qui peuvent en outre avoir un certain effet morcelant sur l'enfant.

IV - LA FORMATION DE PSYCHOTHERAPEUTE

L'exercice de la psychothérapie est une spécialité difficile. Elle nécessite une connaissance approfondie de la psychopathologie et de la psychologie normale de l'enfant, une expérience déjà longue de l'entretien clinique et de l'observation du jeu et du dessin. Bref, elle ne fait que compléter une formation clinique déjà solidement assurée, que ce soit celle du psychiatre ou du psychologue clinicien. Il faut en outre des dispositions personnelles, une participation à la vie imaginaire de l'enfant, une certaine souplesse relationnelle, une conscience aiguë des implications de sa propre vie affective et parallèlement une rigueur dans les interventions, qui ne se rencontrent pas chez tous les cliniciens. L'exercice de la psychanalyse et des psychothérapies qui s'en inspirent nécessite en outre une expérience personnelle de la psychanalyse, une expérience positive s'entend.

La supervision individuelle ou en groupe par un psychothérapeute chevronné est indispensable au début de l'exercice de la psychothérapie. Il est essentiel que le travail que fait le psychothérapeute avec son patient, que les modalités de sa relation et de ses interventions puissent être communi-

qués à d'autres, discutés. Le fait qu'un psychothérapeute s'enferme dans sa relation avec son petit patient et est incapable d'en parler n'est certainement pas un élément positif. Bien entendu, quoi que ne dispensant évidemment pas d'une supervision, les lectures personnelles d'ouvrages rapportant en détail une observation d'enfant pris en psychothérapie peuvent être stimulantes ; citons par exemple le petit Hans de S. Freud, la relation de la psychanalyse de Richard par M. Klein, les observations d'enfants décrites dans la consultation thérapeutique de D.W. Winnicott, la psychanalyse du petit Andy âgé de 2 ans et demi par J. Bolland et J. Sandler, celle de Carine âgée de 3 ans et demi par R. Diatkine et J. Simon, la psychothérapie par le jeu de Dibs par V. Axline.

BIBLIOGRAPHIE

- AXLINE (V.). — Dibs (traduc. H. SEVRES). Flammarion, Paris, 1967, 284 p.
- BARANDE (I.), BOURDIER (P.), DAYMAS-LUGASSY (S.). — Psychothérapies de l'enfant et de l'adolescent. *Encycl. médic. chirurg., T. Psychiatrie*, 1970, 37 818 A 10, pp. 1-27.
- BOLLAND (J.), SANDLER (J.). — Psychanalyse d'un enfant de deux ans (traduct. A. et M. GIBEAULT), P.U.F., Paris, 1973, 221 p.
- BRAUNSCHWEIG (D.). — Pour introduire une discussion sur les répercussions dynamiques des traitements psychothérapiques spécifiques dans le cadre d'une institution pour enfants. *Psychiat. Enfant*, 1971, 14, pp. 273-281.
- CHILAND (C.). — La psychanalyse des enfants en 1920 et en 1974. *Psychiat. Enfant*, 1975, 18, pp. 211-218.
- DIATKINE (R.), SIMON (J.). — La psychanalyse précoce. P.U.F., 1972, 422 p.
- DIATKINE (R.), SIMON (J.). — Quelques réflexions sur l'interprétation en psychanalyse d'enfants. *Psychiat. Enfant*, 1975, 18, pp. 219-240.
- DOLTO (F.). — Le cas Dominique. Ed. du Seuil, 1971.
- FABRE (N.). — Le triangle brisé. Trois psychothérapies d'enfants par le rêve éveillé dirigé. Payot édit., 1973, 181 p.
- FREUD (A.). — Le normal et le pathologique chez l'enfant (traduct. D. WIDLOCHER). Edit. Gallimard, 1968, 212 p.
- FREUD (A.). — Le traitement psychanalytique des enfants (traduct. E. ROCHAT et A. BERMAN). P.U.F., 1969, 128 p.
- FREUD (S.). — Analyse d'une phobie chez un petit garçon de 5 ans (Le petit Hans). In cinq Psychanalyses (traduct. M. BONAPARTE et R. LËWENSTEIN). P.U.F., 1967, pp. 93-198.
- HUG-HELLMUTH (H.). — A propos de la technique de l'analyse des enfants. *Psychiat. Enfant*, 1975, 18, pp. 191-240.
- KLEIN (F.), DEBRAY (R.). — Psychothérapies analytiques de l'enfant. Privat édit., 1975, 184 p.
- KLEIN (M.). — Essais de psychanalyse (traduct. M. DERRIDA). Payot, Paris, 1967, 452 p.
- KLEIN (M.). — La psychanalyse des enfants (traduct. J.P. BOULANGER). P.U.F., 1959, 318 p.
- KLEIN (M.). — Psychanalyse d'un enfant (traduct. M. DAVIDOVICI). Tchou édit., 1973, 453 p.
- LEBOVICI (S.), SOULE (M.). — La connaissance de l'enfant par la psychanalyse. P.U.F., 1970, 646 p.
- MALE (P.), DOUMIC-GERARD (A.), BENHAMOU (F.), SCHOTT (M.C.). — Psychothérapie du premier âge. P.U.F., 1975, 222 p.
- MANNONI (M.). — L'enfant, sa maladie et les autres. Edit. Seuil, 1967, 253 p.
- MELTZER (D.). — Le processus psychanalytique (traduct. J. BEGOIN et Fl. GUIGNARD). Payot, Paris, 1971, 222 p.
- SEGAL (H.). — Introduction à l'œuvre de Mélanie KLEIN. P.U.F., 1969, 109 p.
- SMIRNOFF (V.). — La psychanalyse de l'enfant. P.U.F. coll. *paideia*, 1968, 297 p.
- WIDLOCHER (D.). — Indications et pratique actuelle de la psychothérapie des enfants. *Cahiers de médecine*, 1973, 14, pp. 717-722.
- WIDLOCHER (D.). — Thérapeutique en psychopédiatrie. *Encycl. Médico-Chirurg. Pédiatrie*, 1970, 4101 S 10, pp. 1 à 10.
- WINNICOTT (D.W.). — La consultation thérapeutique et l'enfant (traduct. C. MONOD). Gallimard, Paris, 1972, 412 p.

LES REEDUCATIONS

Les « rééducations » occupent une place importante dans l'arsenal thérapeutique. Nous allons essayer de la définir avant d'aborder brièvement quelques points concernant plus particulièrement les rééducations orthophoniques et psychomotrices ainsi que certaines interventions psychopédagogiques.

I - CARACTERISTIQUES GENERALES

Il est possible, malgré la diversité des modalités d'intervention rééducative, de repérer des points communs, tant au niveau des objectifs poursuivis, des moyens utilisés, que des conditions de réalisation.

1) Les objectifs

D'un certain point de vue, le terme de rééducation ne correspond guère à la pratique la plus habituelle des orthophonistes ni à celle des spécialistes de la psychomotricité. Il conviendrait mieux aux techniques tendant à restaurer une fonction désorganisée par une atteinte lésionnelle, soit en favorisant la reprise d'une activité temporairement affaiblie, soit en cherchant à établir un système de suppléances. Ce terme s'applique donc de façon plus pertinente à certaines techniques de kinésithérapie, ou bien encore de rééducation d'aphasique ou de laryngectomisés.

En effet, les « rééducations » chez l'enfant visent à lui donner l'usage satisfaisant d'une fonction déficiente, d'une des grandes fonctions qu'il utilise pour se connaître, connaître le monde extérieur, agir sur lui et communiquer avec autrui, à savoir essentiellement la psychomotricité et le langage. Elles cherchent donc à réduire la gêne fonctionnelle créée par les perturbations dans le développement de ces fonctions, à instaurer une communication verbale ou gestuelle altérée par l'existence de retards, de dysharmonies ou de troubles dans leur fonctionnement.

Nous ne pouvons évidemment pas revenir ici à la discussion entreprise dans le premier volume de la notion de trouble dit « instrumental » ; soulignons à nouveau simplement les interrelations plus qu'étroites entre la vie affective et le développement de l'intelligence, du langage et de la psychomotricité, de même que l'importance des facteurs liés à l'investissement de la fonction dans son développement, à côté de ceux qui sont liés à la maturation neurobiologique.

En définitive, on peut repérer une double finalité dans une rééducation : agir sur une fonction déficiente en favorisant son intégration dans l'ensemble du fonctionnement mental, agir sur la personnalité à travers un dysfonctionnement localisé.

2) Les moyens

Très schématiquement, on peut dire qu'ils sont doubles, d'ordre technique et d'ordre relationnel.

Le rééducateur est amené à proposer à l'enfant certaines activités appropriées dont il pense qu'elles vont lui permettre peu à peu de découvrir le bon usage, l'usage plaisant de la fonction concernée. Il ne s'agit pas de combler mécaniquement quelque déficit par une sorte de gymnastique ou d'entraînement intensifs mais bien au contraire d'amener progressivement l'enfant à avoir envie d'utiliser son langage ou sa motricité, à trouver du plaisir dans la découverte de nouvelles possibilités de communication. *Les activités voire les exercices proposés* doivent être à la portée de l'enfant, appropriés à ses possibilités du moment, orientés vers sa réalité quotidienne ; elles doivent partir de l'enfant lui-même, de son vécu : par exemple, donner le goût de parler ne passe évidemment pas par l'accumulation d'exercices hors situation et hors fantasme.

La rééducation ne réussit que dans la mesure où le technicien trouve intuitivement le moyen de révéler progressivement à son patient tous « ces plaisirs du Moi » méconnus jusqu'alors. Le choix personnalisé des sujets d'exercices est donc aussi important que ce sur quoi ils portent.

Il est clair par ailleurs que la qualité de la relation entre l'enfant et le rééducateur représente un levier thérapeutique essentiel. Nous avons déjà abordé dans le chapitre « la relation thérapeutique » les conditions d'une relation réellement positive dans les rééducations. Peut-on rappeler cependant la nocivité des attitudes coercitives et des sanctions, les bienfaits représentés par la confrontation de l'enfant à un adulte bienveillant qui ne le place pas d'emblée agressivement devant son insuffisance, mais au contraire lui révèle avec des techniques particulières ce dont il ne se savait pas capable, un adulte qui l'accepte tel qu'il est, s'intéresse à lui et l'écoute ? Une telle situation produit un renforcement narcissique direct dont les conséquences sont importantes dans l'investissement par le sujet de lui-même. Comme le dit R. Diatkine « à l'équilibre antérieur : exigences impossibles à satisfaire, expériences d'incapacité, relations avec les adultes partagées entre la haine et l'attachement masochiste, principal vecteur libidinal, équilibre particulièrement stable et auto-entretenu, peut succéder un nouveau mode d'élaboration, caractérisé par l'évolution de l'investissement du rééducateur et des processus d'identification ». La double expérience du plaisir de fonctionnement et du mouvement identificatoire apportés par la rééducation entraîne une reprise favorable de l'évolution et a un impact sur l'ensemble de la personnalité.

On voit donc qu'une telle rééducation est différente à la fois de l'action pédagogique traditionnelle et de la psychothérapie proprement dite. La pédagogie habituelle est en effet centrée sur l'apprentissage strict d'une tâche étroitement délimitée, exigeante dans ses objectifs et ses critères d'appréciation du « travail », peu stimulante pour l'enfant, souvent bien trop abstraite et ne faisant pas suffisamment appel à la manipulation du concret ; elle relève beaucoup plus d'une espèce « d'idéologie de l'effort » comme si la valeur d'une acquisition se mesurait à la peine qu'on a eue de la faire. Quant à la psychothérapie au sens strict, comme on l'a vu précédemment, elle n'est pas orientée vers la restauration d'une fonction déficiente mais vers l'expression par l'enfant de son malaise interne, de ses conflits, et vers une meilleure maîtrise de ceux-ci, grâce au travail psychothérapique permettant à l'enfant une élucidation progressive de ce qui lui fait peur au fond de lui-même comme dans ses relations avec autrui.

3) **Les indications des rééducations**

Elles découlent de ce que nous venons de dire et sont donc d'une manière générale la gêne, les difficultés pour l'enfant dans l'usage de ce qui au niveau de son corps, de son langage ou de sa vie cognitive, lui permet l'instauration progressive d'une communication satisfaisante.

Ceci dit, en pratique, le problème de l'opportunité d'une rééducation n'est pas toujours facile à résoudre. Plusieurs questions se posent en effet :

- *Une telle rééducation spécialisée est-elle vraiment nécessaire ?* Les difficultés de parole ou de langage, la maladresse, l'instabilité psychomotrice, les problèmes graphiques ne sont-ils pas simplement des variations normales du développement ? Ne s'agit-il pas plutôt d'anxiété ou de perfectionnisme des parents ou de l'enseignant ? ou bien l'action ne doit-elle pas se situer plutôt dans la fa-

mille ou à l'école ? On ne peut pas ne pas évoquer ici la fréquence de plus en plus grande de parents ou d'enseignants s'en remettant aux spécialistes de la psychologie ou de l'éducation pour des problèmes qui les concernent, se démettent par-là même, sans s'en rendre compte vraiment, de leur propre fonction et de tout ce qu'elle peut et doit apporter à l'enfant ; dans le même sens, comment ne pas constater la trop grande facilité de la réponse de certains spécialistes ou de certains centres spécialisés face à une telle demande, en réalisant quasiment à chaque fois une sanction thérapeutique du type rééducation notamment ! N'y a-t-il pas lieu plutôt, chaque fois que cela est possible et nécessaire, de renvoyer parents ou enseignants non pas agressivement à leur propre problématique ou à leurs difficultés mais de manière bienveillante à toutes leurs possibilités d'action qu'en la circonstance et pour diverses raisons ils mésestiment ? C'est tout le problème abordé notamment dans les chapitres « l'aide aux parents » ou « la prévention » qui est évoqué ici.

- *Une autre intervention thérapeutique ne doit-elle pas être entreprise ?* Par exemple, quand un trouble psychomoteur ou du langage est l'expression d'une organisation affective pathologique, psychotique, névrotique ou dépressive par exemple, empêchant l'action d'un tel abord rééducatif, n'est-ce pas plutôt à une psychothérapie qu'il faut s'adresser ? Ainsi, il ne sert à rien sinon à perdre du temps, voire à aggraver la situation, de vouloir rééduquer à tout prix les importantes difficultés d'apprentissage et les problèmes psychomoteurs de beaucoup des enfants prépsychotiques que seul un abord psychothérapique permettra de faire évoluer favorablement. On pourrait en dire autant des troubles du langage d'enfants psychotiques, des difficultés d'apprentissage du langage écrit qui ont chez certains enfants la valeur de symptômes névrotiques.

- *Enfin, quel type de rééducation faut-il entreprendre ?* Par exemple, l'enfant bénéficiera-t-il plus d'une rééducation du langage ou bien d'un abord psychomoteur ? Si une telle question est facilement résolue dans bien des situations, celles notamment où les troubles concernent une sphère précise, ça n'est pas toujours le cas, par exemple, dans certains retards globaux de développement. Ce qu'on peut constater à ce sujet, c'est la tendance fréquente à privilégier le domaine du langage et à s'engager dans une rééducation orthophonique, tendance qu'il faut rapprocher de la tendance plus générale, en France notamment, à élever les enfants comme s'il n'avait pas de corps. Or dans bien des cas, c'est précisément au niveau du corps, de ce que l'enfant peut y percevoir, y exprimer et grâce à lui communiquer, qu'il faut partir.

4) La réalisation pratique de la rééducation

Elle est évidemment à adapter à chaque cas.

Ainsi la rééducation peut être *individuelle* ou en *petits groupes*. Cette dernière possibilité est plutôt réservée aux enfants que l'on pense devoir bénéficier au maximum des échanges avec d'autres enfants, des stimulations réciproques que cela crée et dont les troubles ne nécessitent pas, soit pour des raisons techniques ou relationnelles (besoins affectifs de l'enfant), un abord aussi personnalisé qu'il peut l'être dans une rééducation individuelle. Ces rééducations en groupe sont souvent assez brèves. Les séances se font généralement au rythme de une à deux par semaine.

Nous avons vu que la rééducation doit s'appuyer sur les possibilités actuelles de l'enfant et non sur ses déficiences, sur les éléments de sa vie quotidienne, de sa réalité propre y compris imaginaire.

Nous avons vu aussi qu'il n'était pas souhaitable, sauf cas très particulier, d'associer plusieurs types de thérapeutiques, en l'occurrence ici par exemple une rééducation orthophonique et une rééducation psychomotrice ou bien une rééducation et une psychothérapie. Prendre l'enfant par tous les bouts risque de le confronter à une situation vécue comme morcelante, qui, par ailleurs, a toute chance de limiter, voire d'annuler les effets d'une relation thérapeutique fortement investie.

II - LES PRINCIPALES REEDUCATIONS

1) Les rééducations psychomotrices - la relaxation

Les rééducations psychomotrices visent à modifier la fonction tonique et la réalisation motrice grâce à des activités du corps qui aident l'enfant à organiser son comportement gestuel et l'espace dans lequel ce comportement se déploie.

Leurs indications sont larges, notamment chez le jeune enfant, et sont bien entendu représentées par les différents troubles ou difficultés psychomotrices : maladresse liée à des problèmes de latéralisation, à une débilité motrice ou bien encore à une dyspraxie ; inhibition psychomotrice, instabilité psychomotrice liée à un état tensionnel ou à un état d'incontrôle émotionnel.

Les versants relationnel et technique sont bien entendu aussi importants l'un que l'autre. En ce qui concerne les aspects techniques, on peut dire qu'à travers les diverses activités ou jeux proposés à l'enfant (jeux de ballon, de corde à sauter, de cerceaux ou anneaux, utilisation du miroir, activités plastiques ou graphiques, tambourin), l'attention va se porter sur certains points : la structuration du schéma corporel, par exemple en facilitant à l'enfant l'investigation de son corps, sa reconnaissance puis son intégration ; ou bien aussi la structuration spatio-temporelle en favorisant l'acquisition des repères spatiaux, l'orientation dans l'espace, la structuration temporelle ; la réalisation gestuelle encore. Il ne s'agit bien sûr pas de gymnastique ni d'apprentissage d'une tâche circonscrite mais d'une prise de possession progressive du corps dans son ensemble, par le biais d'exercices ou d'activités qui ne représentent pas une fin en eux-mêmes mais des moyens d'accéder à un meilleur confort physique pour l'enfant et à une meilleure communication entre lui et son entourage.

La relaxation mérite une place à part ; elle ne cherche pas en effet à développer une fonction, en l'occurrence la fonction tonique, mais à utiliser un certain effet à son niveau pour modifier le régime émotionnel de l'individu. La relaxation crée un état d'hypotonie par relâchement actif et volontaire du tonus de fond qui existe en permanence chez le sujet, même au repos. S'appuyant sur l'hypothèse d'un rapport intime entre attitude tonique et réaction émotionnelle, on peut penser qu'une disparition de cette attitude tonique résiduelle entraîne un effet de détente émotionnelle ; en effet, le sujet en relaxation découvre un état de calme et de bien-être, en même temps qu'il prend connaissance des intrications entre hypertonie et hypercontrôle émotionnel par exemple. La relaxation s'appuie aussi sur une approche du schéma corporel ; il n'est pas de cure de relaxation qui ne permette une reconnaissance des différentes parties du corps, de certains groupes musculaires jusque-là ignorés, des articulations parfois mal utilisées, parfois douloureuses.

Les indications sont assez larges selon J. Berges qui considère que l'instabilité psychomotrice de l'état tensionnel ou au contraire de l'état de déhiscence, les tics, les tremblements émotionnels, la maladresse des paratoniques ou des débiles moteurs, les crampes lors de l'écriture, mais aussi de nombreux troubles psychosomatiques, peuvent en bénéficier largement.

On peut utiliser des techniques dérivées de la pratique du « training autogène » de Schultz où la décontraction est obtenue par un effet d'autosuggestion. En cherchant à obtenir une détente émotionnelle et en suggérant à l'enfant la représentation de segments corporels profondément relâchés, on crée les conditions pour qu'une hypotonie réelle se réalise. On peut encore utiliser des méthodes qui se rapprochent des méthodes actives et segmentaires du type Jacobson qui cherchent à réaliser l'hypotonie par des mouvements localisés et volontaires (contraction des muscles antagonistes).

En définitive, la relaxation, comme le disent J. Berges et M. Bounes, permet d'échanger l'agi contre l'image, non pas seulement dans le domaine de la motricité et de l'action mais aussi dans celui de la posture.

2) Les rééducations du langage

Celles que pratiquent les orthophonistes sont diverses par leurs méthodes et leurs objectifs.

Les rééducations du langage parlé peuvent viser la mise en place d'un système phonémique correct (correction de troubles articulatoires ou mise en place d'une différenciation phonémique dans les retards de parole), l'établissement d'un système de signifiants et d'une organisation du discours (rééducation des retards du langage et des dysphasies), la correction de troubles du rythme (bégaiement).

Les rééducations du langage écrit portent sur les difficultés d'apprentissage de la lecture et de l'orthographe ; elles utilisent diverses techniques ; citons par exemple celle de S. Borel-Maisonny réalisant une méthode à la fois phonétique et gestuelle, ou bien encore celles qui utilisent beaucoup, en association avec le langage écrit, le vécu et les activités corporelles. Par ailleurs, le rééducateur peut être amené à aborder les *difficultés graphiques*.

Nous venons de voir un peu plus haut que de telles rééducations n'étaient en rien des séances de répétition mécanique et méthodique d'exercices tout prêts, mais au contraire étaient l'occasion pour l'enfant d'établir, à partir d'éléments de sa vie de tous les jours et de ses possibilités linguistiques réelles, des échanges de plus en plus riches avec son rééducateur, lui permettant d'exprimer de mieux en mieux sa pensée, de substituer progressivement à un *langage-action* rudimentaire un *langage-récit* plus riche. Rééduquer le langage d'un enfant jeune, c'est lui donner le goût de parler et cela ne peut se faire que par l'intermédiaire d'une relation positive et d'activités plaisantes ou ludiques pour l'enfant. Bien entendu, à travers celles-ci, le rééducateur est amené à s'intéresser selon les cas à différents points : articulation, répétition de syllabes, dénomination, rythme, schéma corporel, mémoire visuelle, emploi des prépositions, vocabulaire, structure de la phrase, reproduction de formes graphiques ; mais ses interventions faites au bon moment sont ressenties comme des remarques bienveillantes et des occasions d'enrichissement et non comme une confrontation dévalorisante et culpabilisante à l'échec. Transformer un enfant dont le langage est resté très lié à l'action en futur lecteur puis en lecteur n'est pas aisé ; l'Ecole n'y réussit que très partiellement et la technique orthophonique ne doit pas tomber dans les erreurs techniques que certains enseignants de l'école élémentaire essaient maintenant d'éviter. Les enfants élevés dans de bonnes conditions et dans des milieux favorisés sont préparés à la lecture parce que leurs fantasmes et leur vie intérieure sont bien accueillis par l'entourage, parce qu'ils ont l'habitude de voir les parents lire et parce qu'on leur lit des histoires qui ont joué et jouent un rôle important dans leur vie mentale. L'éducation ou la rééducation du langage écrit ne consiste pas à autre chose qu'à organiser, par des moyens nouveaux, des conditions du même type. Il est parfois indispensable de faire longuement la lecture à ceux qui ne savent pas que lire est un plaisir, sans leur demander le moindre exercice qui gâcherait ce plaisir.

3) Les rééducations psychopédagogiques

Celles que pratiquent certains spécialistes de la pédagogie dite relationnelle, ou encore de la pédagogie dite curative, ou bien les rééducateurs spécialisés de l'Education Nationale, s'inspirent bien entendu des objectifs et des moyens qu'on vient de rappeler à l'instant. Elles visent, qu'il s'agisse de problèmes d'apprentissage de la lecture et de l'orthographe, de problèmes d'écriture, de difficultés en mathématiques et dans l'accession à la pensée logique, à placer l'enfant dans des conditions tout autres que celles de la pédagogie scolaire traditionnelle : une relation personnalisée et bienveillante stimulant la communication, un accès à la lecture, à l'écriture ou au calcul à partir de situations concrètes de la vie de l'enfant, à partir de sa vie personnelle, ce qui lui permet de réveiller ou de trouver un intérêt personnel là où il n'avait vu que contrainte, source d'échec et de culpabilité, ou choses sans intérêt. Le problème est donc de trouver des activités plaisantes pour l'enfant : technique du texte libre, histoires, lectures appropriées, discussions, dessins avec commentaires écrits, jeux divers etc. Contrairement à ce que certains pourraient croire, ce type de rééducation psychopédagogique est loin d'être facile : les enfants ont souvent des blocages scolaires importants et l'établissement d'une véritable communication et d'une relation à travers lesquelles l'enfant puisse investir de nouveaux secteurs de la connaissance, exige des qualités relationnelles et techniques développées.

III - LA FORMATION DES REEDUCATEURS

La formation des rééducateurs nécessite de solides connaissances sur l'ensemble du développement normal et pathologique de l'enfant, du développement des grandes fonctions que sont la psychomotricité, le langage et l'intelligence, ainsi que de celui de l'affectivité. Bien entendu, la spécialisation du rééducateur l'amène à approfondir plus le domaine qui le concerne.

Cette formation comporte des aspects techniques indispensables et très précis tant sur le plan de l'examen que de la rééducation proprement dite des troubles, qu'ils soient psychomoteurs, de l'ordre du langage ou du raisonnement ; leur méconnaissance ou leur non-usage sous divers prétextes ne peut être qu'une source d'échecs.

La nécessité d'une relation thérapeutique dont nous avons défini les conditions dans le chapitre sur la relation thérapeutique est évidente. Cela suppose un intérêt et une formation du rééducateur dans ce domaine, domaine où il se sent souvent mal préparé et qu'il aborde de manière variable. En tout cas, le travail en équipe doit lui donner l'occasion de parler, soit en réunions de synthèse soit dans des circonstances ou des réunions différentes (mini-synthèses avec le psychiatre ou le psychologue, groupes uniquement destinés à l'abord des problèmes relationnels animés par un psychanalyste par exemple), de ce qui se passe entre lui et l'enfant. Cette réflexion constante sur ses propres attitudes à l'égard de l'enfant est une nécessité, dont on mesure vite d'ailleurs les effets sur la qualité de son travail et aussi sur sa propre personne. De ce point de vue, les rééducateurs travaillant de manière isolée sont très défavorisés.

En définitive, l'exercice de la rééducation est difficile. Il exige des connaissances techniques poussées, des qualités relationnelles de disponibilité et de souplesse qui permettent l'établissement d'une véritable communication avec l'enfant, des capacités d'invention sans cesse en éveil pour lui proposer des activités à sa portée et qui le concernent personnellement, une acceptation de ce que disent et font les autres membres de l'équipe ou de tous ceux qui sont concernés par la prise en charge de l'enfant (enseignants, médecins etc.), une certaine capacité à supporter les conflits institutionnels et à les vivre sans se déprimer.

BIBLIOGRAPHIE

- | | |
|--|--|
| <p>AIMARD (D.). — L'enfant et son langage. 1 vol., SIMEP, Villeurbanne, 1972.</p> <p>BERGES (J.), BOUNES (M.). — La relaxation thérapeutique chez l'enfant. Masson, 1974, 200 p.</p> <p>BUCHER (H.). — Troubles psychomoteurs chez l'enfant. Masson, Paris, 1970, 233 p.</p> <p>COSTE (J.L.). — La psychomotricité, P.U.F., édit. « Que sais-je », 1977, 127 p.</p> <p>DIATKINE (R.). — La pratique des rééducations en psychiatrie infantile. In « cinquantième de l'hôpital Henri-Rousselle ». Lab. Sandoz édit., 1973, pp. 190-199.</p> | <p>LENTIN (L.), CLESSE (C.), HEBRARD (J.), JAN (I.). — Du parler au lire. Edit. E.S.F., 1977, 196 p.</p> <p>LEVINE (J.), LACROIX (M.Th.). — Psychothérapie, rééducation et pédagogie de soutien. Etudes psychothérapeutiques, 1977, 8, n° 3, pp. 183-193.</p> <p>WIDLOCHER (D.). — Thérapeutique en psychopédiatrie. Encycl. médico-chirurg. Pédiatrie, 1970, 4101 S 10, pp. 1-10.</p> |
|--|--|

Il faut citer le numéro 49 paru en 1974 de la revue *Perspectives Psychiatriques*, dont le thème est l'orthophonie.

LES MEDICAMENTS

Les principaux médicaments utilisés en psychiatrie de l'enfant sont d'une part les médicaments dits psychotropes, c'est-à-dire susceptibles d'avoir des effets psychiques bénéfiques, et d'autre part les médicaments antiépileptiques, qu'il nous a semblé utile d'aborder ici dans la mesure où le psychiatre est souvent confronté aux problèmes de prise en charge d'un enfant épileptique.

I - LES MEDICAMENTS PSYCHOTROPES

Une première constatation s'impose : c'est la place très limitée que tiennent les médicaments psychotropes en psychiatrie de l'enfant par rapport aux autres interventions thérapeutiques.

« Que cette phase soit limitée est plutôt satisfaisant, qu'elle soit mal délimitée l'est beaucoup moins... », dit P. Simon, et nous souscrivons tout à fait à ce point de vue, dans la mesure où nous pouvons dire que nos connaissances dans ce domaine sont très réduites, sans aucune mesure avec ce que nous savons de l'utilisation éventuelle des psychotropes chez l'adulte et l'adolescent, ce qui rend les prescriptions ou les non-prescriptions le plus souvent bien peu rationnelles chez l'enfant. Avant de faire une très brève étude des différents médicaments psychotropes prescrits chez l'enfant, il faut d'abord se demander pourquoi l'on sait si peu de choses à ce sujet.

Les importantes réserves des psychiatres d'enfant, tout au moins de la plupart d'entre eux à l'égard des médicaments, sont-elles toujours fondées ? On peut dire qu'elles le sont lorsqu'on regarde, par exemple, les échecs des neuroleptiques dans les psychoses infantiles, notamment les psychoses précoces ou que l'on voit l'importance des effets secondaires sur le plan psychique de beaucoup de psychotropes ; lorsqu'on prend en considération aussi le fait que l'action de médicaments administrés de manière prolongée chez un sujet en plein développement, n'est vraisemblablement pas sans incidence au plan somatique, sur la fonction du sommeil, sur les régulations métaboliques ou endocriniennes notamment ; lorsqu'on mesure chaque jour les effets positifs des mesures éducatives, rééducatives, ou psychothérapiques concernant l'enfant ou d'une action sur le milieu familial. Mais n'y a-t-il pas précisément parfois dans ces réserves l'expression d'un sentiment de compétition entre la chimiothérapie et les interventions psychologiques, voire un sentiment d'exclusion réciproque entre ces deux types d'abord ? Pourtant, en matière de psychiatrie d'adulte, la preuve est faite quotidiennement chez des déprimés, notamment les maniaque-dépressifs, chez des psychotiques, ou même chez des névrosés anxieux que l'association peut être bénéfique. N'y a-t-il pas enfin chez quelques psychiatres d'enfant le sentiment que le médicament ne peut être qu'un « mauvais objet » et l'obligatoire reproduction d'une relation orale négative entre la mère et l'enfant ?

A l'opposé, certains psychiatres d'enfant mais surtout de nombreux non-spécialistes (par exemple 8 % de la totalité des neuroleptiques sont prescrits par des généralistes et des pédiatres) utilisent les médicaments psychotropes dans des troubles très divers de l'enfant, avec des points de vue variables d'ailleurs, qui, il faut bien le dire, ne sont pas dans la grande majorité des cas étayés par des travaux cliniques et psychopharmacologiques rigoureux. En effet, malgré les études de quelques psy-

chiatres (M. Dugas en France par exemple), il y a très peu ou pas d'études contrôlées selon les catégories de psychotropes, très peu d'études pharmacocinétiques. En ce qui concerne ce dernier problème des caractéristiques pharmacocinétiques (depuis l'absorption jusqu'à l'élimination rénale) des médicaments psychotropes chez l'enfant, on peut dire cependant (L. Morselli, H. Cuche, E. Zarifian) que les quelques travaux réalisés montrent qu'elles sont souvent très différentes de celles de l'adulte, que l'âge est un facteur primordial et que les posologies ne peuvent être qu'individualisées.

1) Les neuroleptiques

Ces médicaments dont on sait qu'ils ont un effet antipsychotique net chez l'adulte appartiennent essentiellement à deux séries chimiques, les phénothiaziniques (dont la phénothiazine ou Largactil⁰) et les butyrophénones (dont l'Halopéridol⁰ ou Haldol⁰). En fait, la distinction la plus utile est celle qui sépare, autour du Largactil⁰, neuroleptique moyen, les « sédatifs » avec la lévopromazine (Nozinan⁰), la propériciazine (Neuleptil⁰), la thioridazine (Melleril⁰), et les « incisifs » ou « désinhibiteurs » avec la trifluopérazine (Terfluzine⁰), l'halopéridol (Haldol⁰) et le tripéridol (Tripéridol⁰), la Fluphénazine (Moditen⁰) etc.

Toutes ces substances possèdent à un degré plus ou moins marqué, même à des doses mineures, les inconvénients de leur classe thérapeutique, neurologiques en particulier : troubles extrapyramidaux de type akinésie, hypertonie, tremblements, crises dyskinétiques (crises oculogyres, de torticolis, de protraction de la langue), lesquelles d'ailleurs peuvent survenir en cas d'interruption brutale du traitement, ce qui est particulier à l'enfant. Les effets sédatifs et sur la vigilance peuvent être très gênants : asthénie, somnolence, obscurcissement de la conscience. Les effets métaboliques et endocriniens (par ex. le syndrome aménorrhée-galactorrhée, avec le Sulpiride (Dogmatil⁰) notamment) ne sont pas toujours négligeables. Enfin, les effets à long terme sont très mal connus ; mais leur inocuité sur le développement psychomoteur par exemple est loin d'être prouvée.

Leur action sur le processus psychotique des états psychotiques caractéristiques de l'enfance, apparaissant avant 6-7 ans, est, nous l'avons dit, décevante : cependant, leur administration peut être utile dans les grandes périodes d'angoisse psychotique, d'agitation majeure, en cas d'automutilation (de même que dans les états déficitaires).

Dans les troubles du comportement majeurs de certaines organisations pathologiques, caractérielles par exemple, des neuroleptiques type Neuleptil⁰ ou Melleril⁰ sont souvent prescrits.

Les tics importants peuvent être influencés par les neuroleptiques incisifs.

Nous allons voir plus loin ce qu'on peut penser de l'utilisation des neuroleptiques prescrits à doses mineures dites tranquillisantes.

Notons encore l'utilité éventuelle de la fluanizone (Sédalande⁰) et du Dropéridol ou Droleptan⁰ en raison de leur action très rapide par voie parentale, en cas d'urgence.

En définitive, il semble y avoir de très grandes variations individuelles d'action chez l'enfant. Les dosages plasmatiques des métabolites des médicaments que l'on commence à faire nous permettront peut-être de mieux comprendre ce qui se passe.

2) Les tranquillisants

Ils visent à réduire l'anxiété des enfants. Il s'agit surtout des dérivés de la benzodiazépine (type Librium⁰, Seresta⁰, Tranxène⁰, Valium⁰, Urbanyl⁰) ; ils sont peu dangereux mais entraînent souvent une sédation nette et une action sur la vigilance (sommolence) gênantes. Cependant, 10 à 20 % des enfants semblent réagir, comme pour les sédatifs dont nous allons parler, de façon « paradoxale » par un état de subexcitation, d'agitation et une augmentation de l'anxiété. Il faut noter l'action plus rapide per os chez l'enfant (le pic sanguin est atteint entre 15 et 30') que chez l'adulte (le pic apparaît entre 30' et 90'), et aussi l'action rapide par voie rectale (pic de 10 à 20').

Les barbituriques à doses filées, certains neuroleptiques prescrits à doses faibles, certaines

phénothiazines non neuroleptiques (Alimémazine ou Théralène⁰) volontiers proposées comme antihistaminiques (Prométhazine ou Phénergan⁰ ; Oxoméazine ou Doxergan⁰ ou Toplexil⁰ etc.) peuvent être considérés comme tranquillisants. Mais il faut dénoncer les abus inquiétants et des prescriptions répétées et de consommation prolongée (par médication parentale) de ces sédatifs neuroleptiques ou antihistaminiques pour des problèmes souvent mineurs et peut-être encore plus à l'occasion de manifestations d'intolérance de comportements normaux de l'enfant par l'entourage, tout cela au mépris des effets secondaires possibles et du confort psychologique de l'enfant amené à osciller par exemple entre la somnolence et l'agitation anxieuse. Il est intéressant de noter là par exemple que le pic sanguin du Melleril⁰ est tardif et que l'enfant le lendemain matin a toute chance d'être « dans le brouillard ».

Cela nous fait évoquer le problème du *traitement des troubles du sommeil de l'enfant*. Ce que nous venons de dire de l'abus des sirops antihistaminiques et des gouttes de neuroleptiques prescrits à doses faibles à des fins sédatives s'applique tout aussi bien dans le domaine de la recherche d'un effet hypnogène. En définitive, quand une prescription est réellement nécessaire, elle doit être transitoire, de quelques jours ; il faut éliminer tout neuroleptique ou barbiturique (les barbituriques font en outre disparaître le sommeil paradoxal) ; recourir plutôt aux benzodiazépines (à donner 30' avant) qu'aux antihistaminiques. On peut noter à propos des benzodiazépines que l'action respective des formes suivantes : gouttes, gélules, sirop, se fait de manière décroissante.

3) Les antidépresseurs

Ce sont surtout les antidépresseurs tricycliques et en particulier l'Imipramine (Tofranil⁰) et la Clomipramine (Anafranil⁰) qui sont utilisés. Ils ont des effets secondaires parasympatholytiques gênants (sécheresse des muqueuses, troubles de la vue) et peuvent majorer l'anxiété. Des troubles de la conduction cardiaque ont été décrits.

Des données solides concernant leur utilisation dans les états dépressifs de l'enfant manquent encore.

Des essais contrôlés ont montré l'efficacité, au moins à court terme, dans l'énurésie. Il est difficile de dire si dans cette indication l'imipramine est active par un effet central ou par son effet anticholinergique périphérique.

Sur le plan pharmacodynamique, il faut noter une absorption plus rapide (taux sanguins élevés en 1 h) que chez l'adulte, mais aussi un catabolisme et une destruction plus rapides.

4) Les amphétaminiques

C'est seulement dans une indication, l'hyperkinésie ou grande instabilité psychomotrice de l'enfant, plus particulièrement celle où elle sert d'axe d'organisation de la personnalité de l'enfant, que les amphétaminiques et notamment la dextro-amphétamine et le méthylphénidate (Ritaline⁰) sont utilisés, à la suite de très nombreux travaux anglo-américains. Au cours des cinq dernières années, plus de la moitié des publications dans le domaine de la psychopharmacologie pédiatrique ont été consacrés à ce seul sujet. Les amphétaminiques exerceraient chez ces enfants hyperkinétiques un effet sédatif dit paradoxal. En France, les nouvelles dispositions réglementaires concernant ces médicaments (tableau B, carnet à souches) rendent très difficile leur prescription. En outre, on ne sait pratiquement rien du devenir à long terme de ces enfants traités par un amphétaminique et de l'incidence éventuelle de la toxicomanie.

5) Les autres médicaments

Le lithium qui a dans la psychose maniaco-dépressive un effet préventif quant aux rechutes, notamment maniaques, a été essayé, faute de psychose maniaco-dépressive chez l'enfant, dans d'autres indications, notamment dans certaines hypomanies chroniques ; on manque encore de résultats concluants.

Quant aux psychostimulants, il s'agit d'une classe très hétérogène dont le prescripteur n'attend guère autre chose qu'un effet placebo sur l'enfant et son entourage. Encore faut-il s'assurer qu'il ne s'agit pas, comme le fait remarquer P. Simon, d'un anabolisant stéroïdique avec ses effets androgéniques.

II - LES MEDICAMENTS ANTI-EPILEPTIQUES

Nous ne pouvons ici que faire quelques brèves remarques générales sur le traitement médicamenteux de l'épilepsie avant de préciser l'action des principaux médicaments antiépileptiques.

1) Remarques générales sur le traitement médicamenteux de l'épilepsie

La décision de prescrire des médicaments anti-épileptiques présuppose un diagnostic rigoureux. Il faut éliminer les convulsions qui imposent un traitement avant tout étiologique (hyperthermie, troubles métaboliques divers, méningites aiguës) pour ne retenir que l'épilepsie proprement dite, affection d'étiologies diverses, caractérisée par la répétition des crises ; mettre en route alors un éventuel traitement particulier (corticothérapie précoce dans le syndrome des spasmes en flexion, intervention neurochirurgicale en cas de lésion cérébrale accessible) ; préciser par la clinique et l'électroencéphalogramme le type des manifestations épileptiques (voir tableau des différentes formes d'épilepsies dans le chapitre consacré à l'épilepsie).

En matière de traitement médicamenteux de l'épilepsie, plusieurs points méritent d'être précisés :

- il s'agit d'un traitement quotidien, de longue durée, l'arrêt ne pouvant se tenter progressivement qu'après plusieurs (deux ou trois ?) années d'absence des crises chez l'enfant, en étant encore plus prudent chez l'adolescent ;

- le choix du ou des médicaments (la prescription de plus de deux antiépileptiques est à déconseiller) est fonction du type d'épilepsie ;

- la surveillance du traitement est d'abord clinique ; à ce propos, faut-il rappeler qu'on n'entreprend jamais un traitement sur de seules manifestations électriques, en l'absence de crises cliniques. Ni l'E.E.G., ni les contrôles des taux sanguins des médicaments ne sauraient la supplanter. Le but recherché est évidemment la disparition des crises ; mais il faut se contenter souvent d'une simple diminution de la fréquence de celles-ci. L'escalade thérapeutique à tout prix en vue d'aboutir à la disparition totale des crises est une erreur très fréquente ; elle conduit souvent à un échec : les crises persistent et les effets secondaires (par ex. somnolence) deviennent très gênants ;

- les dosages sanguins non seulement du phénobarbital mais aussi des autres antiépileptiques sont indiqués lorsqu'un traitement, à doses correctes, est inefficace ou mal toléré ; ils rendent de grands services dans la surveillance des épilepsies sévères ;

- bien entendu, la plus grande attention est portée au contexte psychologique dans lequel surviennent les crises ; on sait que très souvent dans un climat favorable, les doses des médicaments peuvent être très diminuées ; nous avons longuement abordé ce problème de l'abord psychologique voire psychothérapique des enfants épileptiques dans un chapitre spécial antérieur.

2) L'action des principaux médicaments anti-épileptiques

Cette action est résumée dans le tableau suivant (tableau IV).

Notons simplement ici que le phénobarbital garde le spectre le plus large, que le dipropyl-acétate de sodium semble lui aussi avoir un spectre large mais qu'on a plutôt tendance à l'utiliser en complément, que l'éthosuccimide et les diones (mais risques d'accidents sanguins) sont spécifiques du

TABLEAU IV

L'action des médicaments anti-épileptiques

Les médicaments	Epilepsies généralisées		Epilepsies partielles ou focalisées		Epilepsies complexes des encéphalopathies convulsivantes		Remarques (incidents, dangers)
	Tonico-motrices	Absences	« Psycho-motrices »	Les autres	Spasmes en flexion	Syndrome de Lennox-Gastaut	
PHENO-BARBITAL (Gardénal ⁰ , Alepsal ⁰ , Aparoxal ⁰ , Kaneuron ⁰ ,	XX	X	X	X	X	X	Instabilité psychomotrice, somnolence, éruption.
HYDANTOINES (Dihydan ⁰ , Solantyl ⁰)	XX		X	X			Gingivite, éruption hirsutisme, adénomégalie, granulopénie rare, surdosage : ataxie.
ETHO-SUCCIMIDE (Zarontin ⁰)		XX					Douleurs épigastriques, somnolence.
CARBAMAZEPINE (Tégrétol ⁰)			XX				Nausées, somnolence, ataxie, rares accidents d'intolérance cutanés et sanguins.
DIAZEPAM (Valium ⁰)	XX (sur « la crise »)				X	X	Somnolence ataxie.
CLONAZEPAM (Rivotril ⁰)	XX (sur « la crise »)				XX	XX	Ataxie. Modifications EEG, dépresseur respiratoire.
ACIDE DIPROPYL-ACETIQUE (Dépakine ⁰)	X	X	X	X	X	X	Troubles digestifs, potentialisation des barbituriques, neuroleptiques et antidépresseurs.
PRIMACLONE (Mysoline ⁰)	X		X	X		X	Troubles digestifs, éruptions, anémie mégaloblastique, ataxie, diplopie. Médicament à éviter.
TRI-METHADIONE (Tridione ⁰)		XX					Risques d'accidents cutanés, oculaires et surtout sanguins. Médicament à éviter.

Petit Mal, comme la carbamazépine des formes dites psychomotrices, que les diazépines représentent le traitement de choix de la « crise » convulsive généralisée et de l'état de mal épileptique.

BIBLIOGRAPHIE

- DUCHE (D.J.). — La prescription des psychotropes chez l'enfant en pratique quotidienne. *La Revue du Praticien*, 1975, 25, n° 60, pp. 4831-4836.
- DUGAS (M.), VELIN (J.), GUEROT (Cl.) et FROHWIRTH (Ch.). — L'utilisation des nouvelles chimiothérapies en psychiatrie chez l'enfant. *Cahiers de Médecine*, 1973, 14, (9), pp. 711-716.
- JOLY (C.), JEAN-FRANÇOIS-NGUYEN (M.), HUMMEL (M.). — Médicaments anticonvulsivants en pédiatrie. *La Revue de Pédiatrie*, 1978, 14, pp. 83-88.
- JUNDT (S.), GALLET (J.P.). — Les épilepsies de l'enfant. Expressions cliniques et signification. *La Revue de Pédiatrie*, 1978, 14, pp. 83-88.
- LABRUNE (B.). — Index thérapeutique dans les épilepsies. *La Vie Médicale*, 1976, 57, n° 15-16, pp. 927-928.
- MORSELLI (P.L.), CUCHE (H.), ZARIFIAN (E.). — Pharmacokinetics of psychotropic drugs in the pediatric patient (Annual symposium of the interdisciplinary Society of biological Psychiatry, Amsterdam, oct. 77). Karger Basel, 1978 (sous presse).
- RICHARDET (J.M.). — L'épilepsie de l'enfant. *La Vie Médicale*, 1976, 57, n° 15-16, pp. 911-926.
- SIMON (P.). — Pharmacologie et psychiatrie de l'enfant. *Psychiatrie de l'enfant*, 1978, 21 (sous presse).
- WHITE (J.H.). — Pediatric psychopharmacology. *Ther Williams & Wilkins Co, Baltimore*, 1977, 181 p.

L'EQUIPE SOIGNANTE

La psychiatrie infanto-juvénile nécessite souvent le concours de plusieurs techniciens. Il est essentiel que chacun se sente pleinement investi de la responsabilité de son travail, mais en même temps qu'il puisse communiquer avec tous les autres afin que les orientations thérapeutiques soient le fruit d'une décision commune et tiennent compte de tous les éléments du problème. Le fonctionnement d'une équipe de psychiatrie infanto-juvénile ne peut se concevoir sur un mode très hiérarchisé. Il n'est pas possible de prescrire une psychothérapie ou une admission en hôpital de jour comme un médecin prescrit une série de massages ou d'injections. L'essentiel, en effet, est que la ou les personnes à qui est confié l'enfant soient dans une position affective telle qu'une véritable prise en charge, un véritable processus thérapeutique puisse s'instaurer.

Cela ne peut être obtenu que par une participation aux décisions, qui permette à chacun d'avoir une intime conviction de ce qu'il faut faire pour l'enfant.

Nous allons brièvement décrire la composition d'une équipe de psychiatrie infanto-juvénile et le rôle de chacun des membres de l'équipe, puis nous nous intéresserons au fonctionnement global de l'équipe articulé autour des réunions de synthèse. Nous décrivons ici une équipe type, dont la composition peut, bien entendu, varier selon les institutions.

I - LA COMPOSITION DE L'EQUIPE SOIGNANTE

1) **Le psychiatre** d'enfant assure les consultations, qui sont un des moments essentiels de la démarche diagnostique et thérapeutique. Nous renvoyons le lecteur pour plus de détails au chapitre « Examen psychiatrique » du 1^{er} volume.

La consultation est en général la première démarche dans la prise en charge d'un enfant. A ce titre, elle a une importance cruciale, non seulement parce qu'elle est l'occasion de réunir un grand nombre d'informations, mais aussi parce qu'elle est le premier contact entre l'enfant et ses parents d'une part, l'équipe soignante d'autre part. De la qualité de ce premier contact, dépendent souvent les possibilités ultérieures de traitement.

La consultation résume parfois la prise en charge, soit qu'une seule consultation suffise à répondre à la demande, soit que le psychiatre assure le traitement à travers une série de consultations. D.W. Winnicott a donné une remarquable illustration des possibilités thérapeutiques de cette formule dans ses « Consultations thérapeutiques ».

La consultation, enfin, est nécessaire pour suivre l'évolution d'un enfant pris en traitement psychothérapique ou rééducatif et pour assurer la guidance des parents tout au long de ce traitement.

Le psychiatre d'enfant est en général chargé d'animer les réunions de synthèse de l'équipe. Sa formation lui permet mieux qu'à tout autre technicien d'appréhender l'ensemble des problèmes et à ce titre d'orienter les décisions thérapeutiques.

Il peut être amené à jouer un rôle de direction dans une institution ou dans l'ensemble d'un intersecteur de psychiatrie d'enfants et d'adolescents.

2) **Le psychologue** apporte son concours au diagnostic par le recours à la méthode des tests (cf. le chapitre « Examen psychologique », vol. I), tests de niveau intellectuel, tests appréciant telle ou telle fonction instrumentale, mémoire, perception, orientation spatiale, organisation temporelle etc., tests projectifs permettant d'apprécier la structure de la personnalité, la nature des conflits et les mécanismes de défense du Moi.

Le psychologue apporte aussi des compléments à l'observation du psychiatre. Sa formation le prépare notamment à évaluer le comportement de l'enfant face à des tâches données, ses capacités d'attention, sa stratégie personnelle.

Certains psychologues se spécialisent dans tel ou tel type de traitement, aide psychopédagogique, musicothérapie, expression corporelle, psychothérapie.

Sa connaissance des méthodes statistiques lui permet de jouer un rôle essentiel dans le travail de recherche, notamment dans le domaine de l'épidémiologie.

L'étendue des connaissances du psychologue dans le domaine du développement psychique de l'enfant et des sciences humaines lui permet de jouer de nombreux rôles, variables selon les institutions et les équipes.

3) **Le psychothérapeute** assure les traitements psychothérapeutiques individuels ou de groupe.

Les psychothérapies d'enfants sont un des traitements majeurs de l'arsenal thérapeutique. Un chapitre leur est consacré. Nous insisterons seulement ici sur les relations entre le psychothérapeute et le reste de l'équipe.

En règle générale, le psychothérapeute ne voit pas lui-même l'enfant en consultation et ne pose pas l'indication de traitement. Cependant il doit rester juge de la possibilité pour lui de prendre tel ou tel enfant en traitement. Les indications de psychothérapies peuvent être discutées au cours des réunions de synthèse ou simplement entre le psychiatre et le psychothérapeute.

Il est nécessaire pendant le cours de la psychothérapie de revoir les parents régulièrement afin de répondre à leurs interrogations, de soutenir leurs efforts pour la poursuite du traitement, parfois pour les aider à analyser leurs angoisses ou remettre en question leurs attitudes éducatives. Il faut que le psychothérapeute de l'enfant reçoive les parents avant le début du traitement ; il est normal aussi qu'il réponde à certaines de leurs demandes, en particulier celles qui concernent les aménagements pratiques du traitement. Par contre il est souhaitable que quelqu'un d'autre, le psychiatre, l'assistante sociale ou un autre psychothérapeute soit chargé des entretiens ultérieurs avec les parents, afin que le thérapeute de l'enfant puisse se consacrer au traitement de l'enfant sans être gêné par des interférences venant de son entourage, interférences qui risquent de perturber ses attitudes contre-transférentielles.

Dans les institutions où l'enfant est pris en charge en même temps par plusieurs techniciens (psychiatre, éducateur spécialisé, rééducateur, psychothérapeute), le problème de la participation du psychothérapeute aux réunions de synthèse se pose. Certains psychothérapeutes préfèrent s'abstenir d'y participer, afin de ne pas être soumis à des pressions de la part de l'équipe : guérir l'enfant de tel ou tel symptôme, expliquer les comportements de l'enfant, livrer le contenu de la psychothérapie etc. ; la connaissance d'événements extérieurs peut aussi être considérée comme gênante, dans la mesure où elle risque d'induire des attitudes contre-transférentielles, voire des interprétations erronées. D'autres, au contraire, souhaitent participer aux réunions de synthèse, afin d'éviter les clivages entre l'action psychothérapeutique et le reste de la prise en charge et pour être au courant de l'évolution de l'enfant. Il semble nécessaire de laisser au psychothérapeute le choix de participer ou non aux réunions de synthèse.

4) **Les rééducateurs** assurent les traitements spécifiques pour tel ou tel type de troubles instrumentaux, linguistiques, psychomoteurs etc. Quelle que soit la spécificité de la technique utilisée, il est

important que le rééducateur agisse toujours à travers une relation positive avec l'enfant, dans une ambiance détendue et de plaisir partagé.

Il faut que le rééducateur soit à même d'évaluer le bien-fondé de l'indication thérapeutique, l'évolution du traitement, la nécessité éventuelle de changer le traitement. Pour cela il doit être capable de s'intéresser à l'ensemble de la personnalité de l'enfant et pas seulement à son trouble instrumental.

Outre les traitements spécifiques, les rééducateurs sont chargés d'effectuer les bilans nécessaires au diagnostic.

5) **L'assistante sociale** : elle a un double rôle, d'une part son rôle traditionnel, c'est-à-dire conseiller les familles dans leurs démarches sociales, les orienter pour l'obtention des prestations qui leur reviennent, ou pour le placement de l'enfant dans telle ou telle institution ; d'autre part un rôle d'accueil et de soutien par des entretiens, des visites à domicile. L'assistante sociale représente pour les familles la continuité de l'institution. C'est à elle que l'on fait appel chaque fois qu'un problème se pose au cours de la prise en charge ; c'est elle qui est chargée de prendre les contacts extérieurs avec l'école, les services médicaux, les services sociaux etc.

6) **Les éducateurs spécialisés** forment l'équipe de base des institutions dans lesquelles les enfants sont pris en charge à plein temps : instituts médico-éducatifs, hôpitaux de jour etc. Ils sont chargés d'encadrer les enfants pendant la plus grande partie de leur séjour dans l'institution.

Leurs observations peuvent être particulièrement approfondies et détaillées, étant donné leur connaissance de l'enfant.

Leur tâche thérapeutique est fondamentale, mais difficile à définir. Il ne s'agit pas de manier une technique spécifique, mais de vivre réellement avec l'enfant et de lui donner l'occasion d'expériences favorables et restructurantes, de servir d'appui à ses processus d'identification.

L'accomplissement de cette tâche exige des qualités personnelles et une capacité de remise en question. Pour cela les éducateurs ont besoin d'être aidés par des tiers, soit au cours des réunions de synthèse, soit au cours d'autres réunions, dites de « contrôle », pour lesquelles le concours d'un psychanalyste extérieur à l'institution est souhaitable.

7) **Des infirmiers et infirmières spécialisés** en psychiatrie forment l'équipe de base dans les services hospitaliers. Ils y jouent un rôle comparable à celui des éducateurs spécialisés dans d'autres institutions. En outre les infirmiers et infirmières sont chargés d'appliquer les traitements médicamenteux prescrits par les psychiatres ou les pédiatres. Ils s'occupent de l'hygiène de la collectivité et des soins corporels. Dans ce rôle, leur action thérapeutique dépasse les seuls soins physiques. Les soins corporels induisent en effet une relation régressive, qui peut être pour les enfants la source d'expériences profondément restructurantes.

8) **Des instituteurs spécialisés** sont chargés de la pédagogie, dans les institutions recevant les enfants à plein-temps. L'apport pédagogique doit se concevoir comme une action thérapeutique, dans la mesure où la pédagogie répond aux désirs d'apprendre des enfants, à leur curiosité, et leur donne des moyens de maîtrise intellectuelle.

Il est impossible, le plus souvent, de faire suivre un programme régulier aux enfants. Il est nécessaire d'adapter la pédagogie de manière très étroite aux possibilités et aux intérêts actuels de chaque enfant. Ce travail d'ajustement doit se faire avec le reste de l'équipe au cours des réunions de synthèse.

9) **Le pédiatre** doit intervenir dans les institutions thérapeutiques, tant dans les démarches diagnostiques, afin d'évaluer l'éventuelle participation somatique à la pathologie de l'enfant, que dans la surveillance tout au long de la prise en charge.

La collaboration du pédiatre est nécessaire pour le travail de recherche, notamment pour tout ce qui concerne la pathologie psychosomatique et fonctionnelle, particulièrement fréquente chez le jeune enfant.

II - LES REUNIONS DE SYNTHESE

Les réunions de synthèse sont un des moments clés du travail de l'équipe. On estime nécessaire d'y consacrer 10 à 20 % du temps de travail de chacun des techniciens. Le plus souvent ces réunions sont hebdomadaires. Elles peuvent regrouper tous les membres de l'équipe, nous les appellerons alors des réunions plénières, ou une partie seulement : une catégorie de techniciens (les orthophonistes ou les psychothérapeutes par exemple), ou les différents techniciens s'occupant d'un même enfant. Il peut être intéressant, dans certains cas, de faire participer des parents à une réunion de synthèse concernant leur enfant.

Les réunions de synthèse ont plusieurs fonctions. Nous pouvons leur en reconnaître quatre : échanger des informations — étudier le cas d'un ou de plusieurs enfants — analyser certains phénomènes de groupe, qui s'organisent dans l'équipe — tenter une élaboration théorique.

1) Echanger des informations

Il est important que, dans une équipe de psychiatrie infanto-juvénile, l'information circule, que tout le monde soit au courant de ce qui concerne l'ensemble de l'équipe et puisse exprimer son avis. Il faut, a contrario, que chacun se fasse un devoir d'informer les autres sur ce qu'il peut savoir et qui les concerne directement. Les informations ainsi échangées ont trait aussi bien aux enfants qui sont pris en charge par plusieurs techniciens, qu'aux relations avec l'administration, aux projets de départ ou d'arrivée de nouveaux membres dans l'équipe etc.

Cette nécessaire circulation de l'information pose le problème du mode de relation entre les membres de l'équipe et du style de direction de l'équipe. Les recherches sur les groupes de K. Lewin et de son école ont montré qu'il y avait trois types possibles d'organisations, en ce qui concerne le pouvoir de décision : hiérarchique, anarchique et démocratique. Le type « hiérarchique » n'est pas dépourvu d'efficacité pour certaines tâches, mais tend à développer l'agressivité à l'intérieur du groupe — le type anarchique est inévitablement instable, le groupe ne tarde pas à éclater et disparaître — le type démocratique est celui qui est à la fois le plus efficace et qui donne le plus de satisfaction à chacun de ses membres. C'est donc vers un style « démocratique » de fonctionnement que l'équipe doit tendre. Cela suppose que chacun puisse s'exprimer, sans considération de préséance ni de hiérarchie. Il est certain cependant qu'il y a des limites à ce jeu démocratique, liées au fait que l'équipe est un groupe naturel, attaché à une tâche concrète et soumis à des contraintes extérieures qu'elle ne peut entièrement maîtriser. Par exemple, le médecin chef intervient dans le choix et éventuellement dans le renvoi des membres de l'équipe — l'équipe est soumise à des contraintes administratives, financières etc.

Il nous paraît essentiel que les limites du jeu démocratique soit clairement explicitées, afin qu'il n'y ait pas une apparence de démocratie au cours des réunions et qu'en fait les décisions soient prises ailleurs, ce qui introduirait un double discours particulièrement néfaste.

2) Etudier le cas d'un enfant

C'est au cours des réunions de synthèse qu'on peut reprendre systématiquement le cas d'un enfant, en analyser les différents aspects, regrouper tous les éléments de l'observation : enquête anamnétique, examen du psychiatre, tests psychologiques, bilan orthophonique, psychomoteur, observations des éducateurs spécialisés etc.

L'évolution de l'enfant tout au long de la prise en charge peut être étudiée systématiquement.

Les décisions thérapeutiques sont discutées, aussi bien celles qui concernent l'enfant lui-même que ses parents. Les orientations thérapeutiques précédentes sont réexaminées et éventuellement modifiées.

Cette discussion autour d'un cas n'a pas qu'un rôle d'information, voire de formation. Elle permet aussi à chaque membre de l'équipe de se sentir personnellement et affectivement impliqué dans la prise en charge de l'enfant, ce qui est une condition de base pour que l'enfant soit pris en charge dans de bonnes conditions.

L'étude des cas des enfants doit rester la fonction principale des réunions de synthèse, qui ont reçu le nom de « conférences de cas » dans les pays anglo-saxons. Une équipe qui serait accaparée par d'autres problèmes au point de n'avoir plus le temps de parler des enfants, devrait s'interroger sur son propre fonctionnement.

3) Analyser les phénomènes de groupe

Il est inévitable que des tensions, des conflits s'organisent à l'intérieur d'une équipe. La réunion de synthèse doit permettre de décharger ces tensions et d'élaborer ces conflits. Très vite, en effet, ces phénomènes nuiraient à l'action thérapeutique de l'équipe.

Il n'est pas question d'utiliser ici des interprétations individuelles, qui seraient sauvages et inacceptables. Mais il doit être possible de parler des points de désaccord, même s'ils mettent l'affectivité profondément en jeu. Parfois le fait d'avoir pu simplement parler d'un problème modifie suffisamment la situation pour que le problème disparaisse de lui-même, au point qu'on peut avoir l'impression d'un effet magique de la parole. Il est inutile, voire nuisible, de recourir dans ces cas à de véritables interprétations. Il est certain qu'il n'y a pas de magie, mais qu'il y a tout un travail d'élaboration implicite, qui se suffit à lui-même.

Dans quelques cas, des interprétations de groupe pourront être utiles. Mais ces cas nous paraissent exceptionnels, car l'équipe n'est pas au cours des réunions de synthèse dans une situation de dynamique de groupe qui permette une analyse de groupe. Tous les membres de l'équipe sont impliqués les uns vis-à-vis des autres dans la réalité et pas seulement dans un fantasme de groupe. Le leader d'une réunion de synthèse qui recourt systématiquement à l'interprétation le fait sans doute pour se défendre contre sa propre angoisse.

C'est plutôt au groupe tout entier de savoir s'interroger sur lui-même lorsqu'il est confronté à des difficultés de fonctionnement. Racamier a décrit ce qu'il appelle « projection scissionnelle », dans des institutions s'occupant de psychotiques. Il s'agit d'une extension à l'équipe des mécanismes de défense psychotiques des malades : clivage et projection. L'équipe devient elle-même clivée, une partie est considérée comme bonne, l'autre comme mauvaise. Il est très important que les réunions de synthèse soient l'occasion d'analyser de tels phénomènes, qui bloquent les possibilités thérapeutiques de toute l'équipe et qui renvoient aux patients une image clivée d'eux-mêmes.

Dans tout groupe humain, il y a toujours une étroite intrication de la réalité et du fantasme. Nous avons remarqué un phénomène de confusion dans les équipes institutionnelles entre ces deux niveaux de fonctionnement, confusion particulièrement intense dans les périodes difficiles, période d'installation d'une équipe, période de changements importants etc. Telle équipe ne peut plus parler qu'en terme de réalité immédiate, dans le concret, et fuit par-là des fantasmes trop inquiétants, telle autre équipe ne peut au contraire parler qu'en termes de fantasmes, de relations imaginaires, voire échanger que par associations libres, en processus primaires, et se défend par-là contre une réalité trop difficile ou trop frustrante.

4) Faire une élaboration théorique

Il est indispensable qu'une équipe se fasse peu à peu sa propre élaboration théorique. Cela est nécessaire tant pour le plaisir de fonctionnement de chacun que pour l'efficacité thérapeutique.

Il ne s'agit pas de théoriser dans l'abstrait, mais de partir du travail concret pour tenter une élaboration théorique, pour le comparer avec ce qui se fait ailleurs, ce qui s'écrit, et pour progresser dans la compréhension des cas.

Autant la théorisation peut servir, comme toute autre chose, de mécanisme de défense contre l'angoisse d'une relation réellement vécue, autant elle est utile, et même indispensable pour poursuivre une relation thérapeutique.

Certaines équipes consacrent des réunions particulières à des discussions théoriques, d'autres les incluent dans chaque réunion de synthèse.

BIBLIOGRAPHIE

HOUZEL (D.) et SOULE (M.). — L'hygiène mentale infantile. In *Pédiatrie Sociale*, MANDE R., MASSE N. et MANCIAUX M., 1 vol., Flammarion, Paris, 1977, pp. 635-645.

L'équipe de psychiatrie infantile et son psychiatre. Ouvrage collectif, Privat, Toulouse, 1967, 214 p.

LA PSYCHOTHERAPIE INSTITUTIONNELLE

Dès que des institutions psychiatriques ont été créées, les psychiatres se sont souciés d'en faire des instruments thérapeutiques. On peut faire remonter cette tradition en France à Pinel et Esquirol. Il faut citer dans le domaine de la psychiatrie infantile l'œuvre de Bourneville, qui s'était soucié, à la fin du siècle dernier, de faire de son service d'hospitalisation autre chose qu'un simple lieu de garde-rie, et qui avait orienté son action vers la rééducation et la réadaptation.

Mais c'est surtout depuis la dernière guerre mondiale, que le mouvement dit de « psychothérapie institutionnelle » a pris forme. Il est né du souci de pouvoir pratiquer des psychothérapies individuelles à l'intérieur des hôpitaux psychiatriques traditionnels : « Il s'agissait essentiellement de structurer et d'aménager les hôpitaux psychiatriques, de façon qu'ils soient aptes à pouvoir pratiquer des psychothérapies véritables » écrit Tosquelles. Ce souci reste présent de nos jours, mais peu à peu l'accent s'est déplacé vers l'idée de faire de l'institution elle-même un outil psychothérapeutique.

Nous avons déjà abordé certains aspects de la psychothérapie institutionnelle à propos de la relation thérapeutique dans les institutions (cf. chapitre « Relation thérapeutique ») et à propos des réunions de synthèse (cf. chapitre « L'équipe soignante »). Nous reprenons ici l'ensemble de la question sous un angle synthétique.

Les recherches dans ce domaine restent largement empiriques. On peut dire, cependant, qu'elles s'appuient sur deux théories : la dynamique des groupes restreints d'une part, inaugurée par K. Lewin entre les deux guerres — la théorie psychanalytique d'autre part. Ces deux théories se rejoignent dans l'analyse de la dynamique des groupes d'un point de vue psychanalytique.

La dynamique des groupes a permis de mettre en évidence l'influence du type de direction de l'équipe institutionnelle. Rappelons que K. Lewin définit trois types de direction : autocratique (ou hiérarchique), anarchique, démocratique, et qu'il a montré que c'est le type démocratique qui a le maximum d'efficacité et qui permet le minimum de conflits à l'intérieur du groupe. C'est donc vers ce type de direction démocratique que doit tendre une équipe institutionnelle de psychiatrie infantile.

Le recours à l'écoute et à la compréhension psychanalytique s'est révélé être un des outils les plus importants de la psychothérapie institutionnelle. C'est l'approche psychanalytique qui a permis, par exemple, de découvrir que la structuration pathologique des malades tendait dans certains cas à organiser le fonctionnement de l'équipe elle-même (notion de « projection scissionnelle » de Racamier). Cependant l'exploitation de cette compréhension psychanalytique a donné lieu à des divergences importantes. Certains auteurs représentés en France par F. Tosquelles, J. Oury, J. Ayme etc., se sont orientés vers une psychanalyse de groupe de l'équipe par elle-même ou par son leader, dans le but, dit Tosquelles, de mobiliser le contre-transfert des soignants vis-à-vis des malades. D'autres, notamment en France, Racamier, Paumelle, Lebovici, Diatkine, mettent en question la valeur et la signification d'une telle auto-analyse de l'institution, compte tenu du fait que les conditions ne sont pas remplies pour que s'instaure un véritable processus psychanalytique. En fait, le désaccord porte moins sur la méthode que sur son mode et son point d'application. Le psychiatre-psychanalyste doit-il assez artificiellement transformer l'équipe en une sorte de groupe Balint interne à l'institution, ou

doit-il plutôt fonctionner en tant que modèle d'identification laissant à chacun le soin de faire ailleurs, s'il le désire, une certaine élaboration personnelle ? Certaines équipes ont pensé résoudre ce problème en recourant à un psychanalyste extérieur à l'institution, n'ayant aucune part dans la prise en charge thérapeutique des enfants et des parents et dont le rôle est strictement réservé à l'analyse des phénomènes de groupe dans le fonctionnement de l'équipe. Certes, un analyste extérieur peut prendre une certaine distance par rapport aux problèmes posés par la prise en charge des enfants, aux tensions qui surgissent entre les membres de l'équipe, mais il faut se garder de comparer cette situation à celle de l'analyste d'un groupe thérapeutique, car les membres de l'équipe ont des relations dans la réalité, ils sont appelés à collaborer à une tâche, leur réunion n'est pas déterminée par la situation thérapeutique.

I - LES MALADIES INSTITUTIONNELLES

Une institution, dit Racamier, peut être en elle-même malade, ce qui a pour conséquence de réduire, voire d'annuler ses capacités thérapeutiques. Citons quelques symptômes qui traduisent un état malade de l'institution :

1) Le caractère trop rigide et hiérarchisé de l'organisation de l'équipe institutionnelle et de la répartition des rôles. Cela nuit aux échanges, à une véritable communication, à la circulation de l'information et cela accroît les tensions, l'agressivité, les conflits à l'intérieur de l'équipe. Racamier et Amado ont montré que les tensions agressives entre les membres d'une équipe soignante se répercutaient sur les relations entre les soignants et les malades.

2) La confusion des rôles, chacun faisant indifféremment les mêmes choses que les autres, quelle que soit sa compétence réelle. Cette confusion, qui est souvent recherchée par les équipes soignantes pour écarter les risques de tension agressive impliquée par toute différenciation des rôles, devient en fait une source d'inefficacité et d'angoisse, dans la mesure où plus personne ne peut situer les limites de sa compétence et de ses responsabilités.

3) Le caractère stéréotypé des échanges, leur monothématisme : une équipe qui n'est capable de n'échanger que sur un plan fantasmatique, sur le mode des associations libres, en processus primaires, se défend contre quelque chose, qui peut avoir trait à la réalité la plus concrète. A l'inverse, une équipe où ne peuvent être abordés que des problèmes pratiques, matériels, se défend sans doute contre des fantasmes angoissants.

4) Le caractère figé des échanges affectifs, dans un sens comme dans l'autre : soit que jamais aucun sentiment agressif ne s'exprime, aucune tension n'apparaisse ; soit qu'au contraire l'équipe ne puisse vivre que dans des tensions exacerbées, ce qui peut être un moyen de lutter contre la dépression.

5) La place inexistante, ou au contraire envahissante, qui est faite à l'élaboration théorique. Certaines équipes délaissent les relations réelles avec les enfants, pour se consacrer à d'interminables discussions théoriques, qui ont la valeur d'une défense par intellectualisation.

II - LES MOYENS DE LA PSYCHOTHERAPIE INSTITUTIONNELLE

A) CONCEPTION D'ENSEMBLE DE L'INSTITUTION

La psychothérapie institutionnelle suppose un volontariat des membres de l'équipe soignante. Il faut que chacun accepte de participer à un travail d'équipe, ce qui suppose une implication personnelle et une certaine remise en question. Il importe donc que les responsables de l'équipe choisissent les techniciens qui vont la constituer, en fonction de leurs motivations personnelles.

Toute l'organisation de l'institution doit être pensée en fonction d'un effet thérapeutique. C'est dès la conception architecturale qu'il faut avoir ce souci thérapeutique. L'organisation des horaires, l'aménagement de lieux de rencontre, le respect de lieux personnels permettant le repos ou des activités individuelles, ont leur importance.

B) LES ACTIVITES

Il faut proposer aux enfants des activités au cours de la journée. Certaines ont une visée pédagogique bien définie ; d'autres cherchent à faire participer chaque enfant à une activité commune ou à donner des moyens d'expression à sa créativité. Le terme de « thérapie occupationnelle », parfois utilisé, nous paraît à rejeter. Certes il faut éviter le vide de certaines institutions où il n'y a rien à faire, où les enfants s'ennuient et se dépriment. Mais les activités proposées doivent viser bien davantage qu'une simple occupation.

En dehors des activités strictement pédagogiques et des thérapies individuelles, dont nous avons déjà parlé, on peut distinguer trois types d'activité :

1) La participation à la vie commune : entretien matériel des locaux, décoration de ces locaux, préparation des repas etc. Dès que les enfants ont l'âge de le faire, il est important qu'ils participent activement à ces tâches, dans la mesure où leur état le permet. Cela est surtout vrai dans les institutions pour adolescents, où il faut éviter que les adolescents n'adoptent des attitudes trop régressives et dépendantes, ce qui est le cas lorsque toutes les tâches pratiques sont faites pour eux. La participation aux tâches ménagères développe leur esprit de groupe, leur sentiment de responsabilité et leur intérêt pour la vie institutionnelle.

2) Des activités de création, souvent appelées « ergothérapie ». On propose aux enfants et aux adolescents soit de créer des objets dans des ateliers de poterie, de menuiserie, d'émaux etc., soit de s'exprimer à travers le dessin, la peinture, soit de monter des spectacles de marionnettes, de théâtre ou de préparer des séances récréatives, des veillées etc. Il est important de concevoir ces activités, qui remplissent une large part de la vie institutionnelle, non comme de simples activités occupationnelles, mais comme permettant une expression personnelle de l'enfant et développant sa créativité. Il peut là avec un minimum de contraintes faire preuve de son initiative, de ses goûts, de son imagination. Il acquiert le sentiment de pouvoir créer quelque chose de beau, de bon ou d'utile, de pouvoir faire un objet qui a une valeur et une permanence.

Les objets ainsi créés deviennent parfois des objets d'échange, ils peuvent être mis en vente au cours d'expositions, ce qui a l'avantage d'alimenter le budget des ateliers d'ergothérapie, mais il faut éviter que la valeur marchande des objets ne devienne le but exclusif de l'ergothérapie, sinon la notion de rentabilité prend le dessus sur la notion beaucoup plus fondamentale de créativité.

3) Les activités de loisir, qui doivent ouvrir l'enfant sur le monde extérieur, lui permettre de participer autant que possible à la vie des enfants de son âge. Ces activités de loisir permettent de sortir de l'institution, d'éviter à celle-ci de se refermer sur elle-même et de lutter contre la désadaptation des enfants et des adolescents pris en charge.

Les promenades dans la campagne ou dans la ville, les séances de cinéma, la piscine, l'équitation, les classes de mer, les classes de neige etc., entrent dans cette catégorie d'activité.

C) LES REUNIONS

La réunion de synthèse hebdomadaire est le lieu privilégié d'élaboration en commun des problèmes de psychothérapie institutionnelle. Nous en avons longuement parlé dans le chapitre consacré à l'équipe soignante auquel nous renvoyons le lecteur.

Il est utile d'organiser d'autres types de réunions, qui permettent de centrer les échanges sur tel ou tel problème plus particulier : c'est le cas de réunions limitées à une catégorie de techniciens, ou aux différents techniciens s'occupant d'un même enfant, réunion à laquelle il peut être intéressant dans certains cas de faire participer les parents de l'enfant.

Woodburry a préconisé des réunions regroupant tout le personnel soignant et tous les malades. Ces réunions, en général appelées « réunions institutionnelles », ont l'intérêt de favoriser la circulation de l'information entre personnel soignant et malade, de permettre à chaque malade de s'exprimer sur la vie institutionnelle s'il le désire et de participer activement à l'organisation de cette vie institutionnelle. Il est essentiel, en effet, que l'institution ne soit pas définie une fois pour toutes sans que les malades aient la possibilité d'influencer son organisation, de faire preuve d'initiative et de pouvoir prendre des responsabilités. Mais les réunions institutionnelles peuvent dépasser un point de vue purement pratique pour permettre une certaine analyse du groupe institutionnel, qui a souvent, surtout chez les patients psychotiques, un effet thérapeutique très important.

BIBLIOGRAPHIE

BUCKLE (D.F.), LEBOVICI (S.) et TIZARD (J.). — Le traitement psychiatrique des enfants placés en institution en Europe. *Psychiat. Enfant*, 1964, 7, pp. 497-546.

HAIM (A.). — Hôpital de jour pour enfants et adolescents. Etude critique et expérience particulières. *Rev. de Psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale*, 1969, pp. 23-26.

HAIM (A.), CAQUANT-DIDIER (E.), COHEN (S.), KIPMAN (D.) et SALINGER (R.). — Psychothérapie en hôpital de jour. *Rev. Neuro. Psychiat. Infantile*, 1967, 15, pp. 883-891.

LANG (J.L.). — Externats médico-pédagogiques et hôpitaux de jour. *Concours médical*, 1965, 87, pp. 6361-6375.

LANG (J.L.). — Rééducation en externat, externat médico-pédagogique, externat psychothérapeutique, hôpital de jour. 1 vol. Paris, 1971, Editions Sociales Françaises.

LUCAS (G.) et TALAN (I.). — Les hôpitaux de jour en psychiatrie de l'enfant. 1 vol., Paris, 1973, Editions Sociales Françaises.

RACAMIER (P.C.). — Le psychanalyste sans divan. Payot, Paris, 1970.

LE PLACEMENT FAMILIAL THERAPEUTIQUE

La coutume de placer des enfants dans des foyers nourriciers remonte à l'antiquité. Cette coutume s'est développée en France, surtout à partir de Saint Vincent de Paul, pour les enfants privés de famille. A date beaucoup plus récente, elle a été utilisée dans un but médical pour préserver les enfants d'une contagion dans le milieu familial (exemple de l'Œuvre Grancher, créée pour placer des enfants de familles tuberculeuses). Peu à peu les psychiatres d'enfants se sont rendus compte de l'intérêt d'utiliser la formule du placement familial pour des enfants atteints de troubles psychiques, non seulement pour leur offrir un mode de garde privilégié, mais aussi pour leur offrir un milieu thérapeutique particulièrement bien adapté à leurs difficultés.

C'est ainsi qu'est née la notion du « Placement familial spécialisé », encore appelé « Placement familial thérapeutique ». Un Arrêté ministériel du 28 août 1963 définit les conditions d'organisation de placements familiaux gérés par les hôpitaux psychiatriques. Un Décret ministériel du 2 janvier 1967 définit des « Centres de placements familiaux spécialisés pour enfants mentalement inadaptés ».

Un placement familial thérapeutique doit se concevoir comme une véritable institution de soins, animée par une équipe spécialisée, qui est chargée de sélectionner les foyers nourriciers, d'orienter les enfants placés vers les foyers capables de les accueillir, de suivre les enfants une fois placés et parfois d'assurer des traitements ambulatoires pour ces enfants, enfin d'aider les parents nourriciers dans leur tâche éducative et thérapeutique. L'intérêt de ce type d'institution, encore trop peu utilisée eu égard aux besoins, est d'offrir à des enfants mentalement perturbés un milieu naturel reproduisant les conditions d'une famille, tout en évitant la poursuite ou la réinstauration des conflits pathogènes, des carences affectives ou éducatives, que l'enfant a pu connaître antérieurement. C'est une façon d'utiliser les capacités thérapeutiques spontanées de nombreux foyers, ce qui n'est possible, cependant, que si ces foyers nourriciers sont soutenus, aidés, éclairés par une équipe soignante.

Nous étudierons ci-dessous les indications de placement familial thérapeutique — l'équipement d'un « Centre de placement familial thérapeutique » — son fonctionnement.

I - INDICATIONS DU PLACEMENT FAMILIAL THERAPEUTIQUE

On peut ranger sous quatre rubriques les enfants relevant d'un placement familial thérapeutique :

1) **Les enfants gravement carencés** sur le plan affectif et qui donnent des signes d'évolution psychopathologique sévère. On sait, depuis les travaux de psychiatres d'enfants remontant à la dernière guerre mondiale, la gravité des placements prolongés de très jeunes enfants dans des collectivités, placements qui sont source de carences affectives précoces dont les séquelles sont souvent définitives et graves. Il est évident que la meilleure solution lorsque l'on a affaire à de tels enfants est de reconstituer pour eux un milieu familial favorable, chaleureux ; seul le placement familial permet de le faire.

L'Aide Sociale à l'Enfance recourt le plus souvent possible aux placements familiaux pour les enfants qui lui sont confiés. Trop souvent, cependant, ces placements sont faits dans des conditions incertaines, la sélection des foyers nourriciers ne tient pas toujours compte des facteurs de personnalité, les moyens de l'Aide Sociale ne lui permettent pas de suivre les enfants pendant le placement de manière régulière et le nombre d'échecs est relativement important. Nous ne discuterons pas ici du problème de l'Aide Sociale à l'Enfance (se reporter au chapitre sur l'organisation de l'hygiène mentale infantile) et de l'organisation de ses placements familiaux. Disons seulement que d'une part il serait nécessaire que tout placement familial recoure à l'aide technique d'une équipe de psychiatrie infantile, que d'autre part les placements familiaux des enfants ayant souffert de carence affective, qui présentent déjà des signes d'évolution pathologique, devraient se faire dans le cadre d'un placement familial thérapeutique, de même les placements familiaux qui succèdent à un premier échec.

2) **Des enfants psychotiques** ou souffrant de **graves troubles de la personnalité** pour lesquels on estime que le milieu familial est néfaste. Dans les différentes formes de psychoses infantiles, de prépsychoses, de dysharmonies d'évolution, il est des cas où le traitement institutionnel est possible en maintenant l'enfant dans son milieu familial. Dans d'autres cas, par contre, le milieu familial est trop perturbé pour permettre une telle prise en charge ; dans ces cas, toute entreprise paraît illusoire, tant que l'enfant n'est pas soustrait aux influences néfastes de parents gravement perturbés.

On peut distinguer dans ce cadre deux éventualités :

a) L'enfant est entièrement pris en charge sous la forme du placement familial thérapeutique, sans autre prise en charge institutionnelle. Cette solution convient particulièrement à des enfants très jeunes, qu'il serait difficile, du fait de leur âge, d'admettre dans un hôpital de jour, et qui néanmoins nécessitent un traitement aussi précoce que possible. Le placement dans un foyer très soigneusement sélectionné en fonction de ses qualités psychologiques, de sa tolérance aux perturbations du comportement et du caractère de l'enfant et surtout sa capacité à assumer l'intensité de l'angoisse dégageée par ces enfants psychotiques, apparaît alors comme une solution de choix.

b) L'enfant peut être pris en charge dans un hôpital de jour, qui vient compléter le placement familial thérapeutique.

3) **Des enfants dont le traitement nécessite la prise en charge dans une institution fonctionnant en externat**, et dont les familles habitent trop loin de l'institution pour que les trajets quotidiens soient possibles. Il est, dans ces conditions, souvent bien préférable d'associer la prise en charge dans l'institution avec un placement familial à la semaine, en maintenant le retour dans la famille naturelle aux weekends et aux vacances, plutôt que de mettre l'enfant dans un internat.

4) **Des enfants pris en charge dans des institutions qui fonctionnent en internat**, pour lesquels il est nécessaire d'assurer des sorties lors des week-ends et des vacances, et dont les familles ne sont pas en mesure d'assurer ces sorties.

Il est à noter que les formules qui associent une prise en charge en institution au placement familial thérapeutique posent le problème d'une double prise en charge par la Sécurité Sociale, problème qui, jusqu'à présent, n'a pas reçu de solutions d'ensemble, qu'il faut traiter cas par cas et qu'il n'est pas toujours possible, malheureusement, de résoudre.

II - EQUIPEMENT D'UN « CENTRE DE PLACEMENT FAMILIAL THERAPEUTIQUE »

1) Personnel

Le Décret du 2 janvier 1967 prévoit un minimum pour 15 enfants placés de :
un mi-temps d'assistante sociale,

un mi-temps d'éducateur spécialisé,
une vacation hebdomadaire de 4 h de psychiatre,
une vacation hebdomadaire de 4 h de psychologue.

A cela il faut ajouter un secrétariat au moins à temps partiel, qui assure la permanence de l'institution, se charge de la correspondance, de l'organisation des rendez-vous et des liaisons nécessaires ; éventuellement des vacations de techniciens chargés d'assurer les traitements ambulatoires des enfants placés.

2) Locaux

Il nous paraît souhaitable que le « Centre de placement familial thérapeutique » possède des locaux en propre, où l'équipe de techniciens puisse travailler et où les parents nourriciers et parfois les parents naturels puissent être reçus individuellement ou en groupe. L'utilisation de locaux suffisamment vastes peut faciliter beaucoup les relations entre familles naturelles et familles nourricières ; les rencontres nécessaires peuvent alors être organisées dans l'institution, ce qui est, souvent, préférable à des visites à domicile, vécues comme plus ou moins intrusives et angoissantes.

Ces locaux devraient à notre avis comporter au moins :

- une salle suffisamment vaste pour les réunions de synthèse ou les groupes de nourrices, ou de parents nourriciers,
- un bureau médical,
- un bureau de psychologue,
- un bureau d'assistante sociale,
- un secrétariat.

III - FONCTIONNEMENT

1) Prix de journée

Un Centre de placement familial thérapeutique fonctionne suivant la formule du prix de journée, qui doit permettre d'une part de rémunérer les nourrices, d'autre part d'assurer le fonctionnement de l'équipe spécialisée dont nous avons décrit plus haut la composition et dont nous décrirons plus loin les tâches.

La rémunération des nourrices doit être nettement supérieure à celle d'un placement nourricier ordinaire et ceci pour les raisons suivantes :

a) les enfants qui leur sont confiés sont inévitablement des enfants à problèmes, dont les comportements sont perturbés, qui le plus souvent n'ont pas acquis une autonomie pour se laver, s'habiller, manger, se coucher etc., et qui nécessitent de ce fait un surcroît de travail très important ;

b) l'angoisse, les tensions émotionnelles qu'entraîne le fait de s'occuper d'enfants mentalement perturbés, justifient des prestations supplémentaires, qui aident les familles nourricières à supporter le poids de la maladie mentale ;

c) il est demandé aux nourrices, non seulement de s'occuper des enfants, mais encore de participer à des sessions de formation, de venir au Centre pour des entretiens, de participer à des réunions de synthèse ou à des groupes de nourrices. Cela exige du temps, entraîne une fatigue supplémentaire et suppose une implication personnelle beaucoup plus grande.

2) Recrutement des foyers nourriciers

Le recrutement des foyers nourriciers doit s'effectuer non seulement sur des critères d'hygiène, de qualité matérielle de vie, mais aussi sur des critères psychologiques, c'est-à-dire sur l'évalua-

tion de la capacité des foyers nourriciers à accueillir et à comprendre les enfants perturbés, qui leur seront confiés.

Cela nécessite un travail très soutenu, entretiens individuels avec les nourrices, mais aussi avec les pères nourriciers, visites à domicile etc.

Il est essentiel d'apprécier les motivations profondes des foyers nourriciers à accueillir des enfants perturbés. Il faut notamment écarter les motivations qui s'appuieraient trop sur une vision idéale de soi-même et qui ne tiendraient pas compte des difficultés réelles et des possibilités réelles que l'on a. L'espoir de réparer complètement les dommages supposés qu'un enfant aurait subis, le désir de s'identifier à un parent idéal, le besoin de nier toute difficulté affective, toute ambivalence, sont à ce titre suspects, car bien souvent ils ne font que traduire les besoins et la fragilité narcissiques de l'un ou l'autre des parents nourriciers — les motivations fondées sur le besoin de combler un manque chez l'un ou l'autre des parents sont également suspectes : par exemple, le désir de remplacer un enfant, ou un parent mort, dont on n'a pas pu faire le deuil, ou simplement le désir de lutter contre l'ennui d'un manque de travail ou d'une mise à la retraite.

Il est nécessaire que les deux parents nourriciers soient d'accord pour le placement. Il n'est pas souhaitable par exemple que le mari l'accepte simplement pour faire plaisir à sa femme mais s'y sente personnellement hostile.

Les motivations pécuniaires ne sont pas mauvaises dans la mesure où elles ne sont pas les seules. Vouloir améliorer les revenus de la famille en prenant un enfant en nourrice est une démarche très naturelle et qui a l'avantage de s'appuyer sur une réalité bien concrète, plutôt que sur des idéaux qui risquent d'être mis en échec plus ou moins rapidement. Il faut cependant que la motivation pécuniaire ne soit pas la seule et que les parents nourriciers fassent preuve d'un réel intérêt pour l'enfant lui-même, d'une réelle capacité affective à son égard.

L'intérêt pour la participation à un travail thérapeutique nous paraît également nécessaire, intérêt qui englobe l'envie de comprendre, d'approfondir les problèmes du développement d'un enfant et de son éducation.

Il faut également tenir compte de la composition de la famille nourricière. Des parents nourriciers trop jeunes ou trop âgés risquent de se trouver rapidement en difficulté. Des nourrices célibataires également. Il est préférable d'éviter de placer un enfant dans une famille qui comporte des enfants du même âge ou plus jeune ; la présence d'enfants plus âgés ne crée par contre pas de difficulté et peut même augmenter pour l'enfant placé son sentiment de sécurité, les aînés aidant à sa prise en charge et suppléant les parents nourriciers le cas échéant.

Le recrutement des foyers nourriciers est un des moments essentiels et parmi les plus délicats de la démarche complexe qu'est un placement familial thérapeutique.

3) Formation des nourrices

Les nourrices doivent avoir avant tout une action thérapeutique. Il est donc nécessaire de les former à ce rôle. Cette formation, assurée par l'équipe technique du Centre de placement familial thérapeutique, peut se faire de deux façons :

a) par des entretiens individuels avec le psychiatre, le psychologue ou l'assistante sociale, entretiens souvent répétés, qui permettent aux nourrices peu à peu de mieux comprendre les problèmes de l'enfant au fur et à mesure qu'ils se manifestent ;

b) par des groupes de nourrices, tels qu'ils sont organisés, par exemple, par le Groupe d'étude et de liaison des placements familiaux spécialisés (50, rue Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie - 75004 Paris). Les discussions de groupe, animées par le psychologue ou le psychiatre, ont le très grand intérêt de permettre à chacune des nourrices de profiter de l'expérience des autres et de partager avec les autres les difficultés et les problèmes qu'elle rencontre. Chacune en outre bénéficie de la dynamique de groupe qui s'instaure, séance après séance.

4) Surveillance des placements et soins ambulatoires

Quand un enfant a été placé dans un foyer nourricier, il est nécessaire de le suivre régulièrement. Le décret du 2 janvier 1967 prévoit une visite hebdomadaire pendant le premier mois de placement, puis une visite mensuelle.

Il se peut qu'en outre l'enfant nécessite des traitements spécifiques, qui seront faits au Centre de placement familial par le spécialiste compétent. Il est donc nécessaire que le Centre s'adjoigne un personnel de techniciens vacataires pour assurer ces traitements.

BIBLIOGRAPHIE

G.E.L.P.F.S. — Le placement familial spécialisé dans l'équipement pour l'enfance inadaptée. Les Editions ESF, Paris.

LAFORESTRIE (R.) et GROUSSARD-TREMBLAY (R.M.). — Familles d'accueil et enfants placés. Les Editions ESF, Paris, 1976.

SOULE (M.), NOEL (J.) et BOUCHARD (F.). — Le pla-

cement familial, techniques et indications. Psychiatrie de l'enfant, 1962, 5, pp. 523-624.

Les modes de garde des enfants de 0 à 3 ans. Ouvrage collectif, Editions ESF, Paris.

Arrêté Ministériel, Journal Officiel du 28 août 1963.

Décret n° 67-42 du 2 janvier 1967.

L'AIDE AUX PARENTS

I - JUSTIFICATION DE L'AIDE AUX PARENTS

Les traitements psychothérapiques et institutionnels appliqués aux enfants ont mis très clairement en évidence l'implication profonde des parents dans les processus psychopathologiques de l'enfant et dans le processus de guérison. Cette implication ne devait pas surprendre depuis que Freud avait mis en évidence le rôle des imagos parentales dans les conflits névrotiques. Il a fallu cependant une expérience étendue des traitements d'enfants pour l'évaluer dans toute son importance et pour en déduire sur le plan pratique la nécessité d'une aide aux parents, chaque fois qu'un enfant souffre de troubles psychiques assez graves pour justifier un traitement de longue durée.

On peut repérer les interactions suivantes entre parents et enfants dans le domaine de la psychopathologie :

1) Souvent les parents souffrent profondément d'avoir un enfant perturbé. Ce peut être pour eux une blessure narcissique très douloureuse, qui les amène à aménager des défenses qui, à leur tour, peuvent devenir pathogènes pour l'enfant.

Certains enfants renvoient à leurs parents une image inquiétante d'eux-mêmes, une image dangereuse, endommagée ou castrée. Citons l'exemple d'une mère qui ne reçoit pas de son nourrisson les réponses attendues ; tout se passe alors pour elle comme si son image de mère était détruite par l'enfant (M. Soule).

La première justification de l'aide aux parents est donc la nécessité de soulager des gens qui souffrent psychologiquement, parfois d'une manière dramatique, d'autant plus qu'ils ont souvent le plus grand mal à parler de cette souffrance, qu'ils ont peur de ne pas être compris ou qu'ils se sentent profondément coupables et jugés ainsi par autrui.

2) Les parents ne comprennent pas ce qui se passe, pourquoi l'enfant a des difficultés, quelle est la signification des bilans demandés par le psychiatre, ou des mesures thérapeutiques proposées.

Il est nécessaire d'obtenir de leur part une adhésion raisonnée à tout ce qui est entrepris pour l'enfant. Il faut leur expliquer autant qu'il est possible et dans des termes qui leur sont accessibles, ce que signifient les difficultés de l'enfant et ce qu'on se propose de faire, sinon on risque de renforcer leur angoisse et leur culpabilité. Combien de fois des parents ne disent-ils pas douloureusement « on ne m'a rien expliqué, on ne m'a rien dit, et pourtant c'est mon enfant » ! Il ne faut pas que les parents aient l'impression qu'on soigne leur enfant sans eux ou contre eux.

3) L'évolution de l'enfant au cours d'un traitement n'est pas toujours bien comprise ni bien tolérée par les parents et cela pour deux raisons :

— l'amélioration ne se fait pas d'un seul tenant, d'une manière régulière et continue. A certains moments, l'enfant paraît plus mal, ou plus difficile à supporter qu'avant le traitement. Il est tout à fait essentiel que les parents en soient avertis et que si cela se produit, ils aient la possibilité d'en parler à un psychiatre qui pourra les aider à comprendre ce qui se passe ;

— l'enfant souffrant répondait souvent pour les parents à une certaine image ; l'évolution amenée par le traitement modifie cette image, transforme la relation parents-enfant, laisse apparaître parfois les troubles de l'un ou de l'autre parent qui trouvait son équilibre dans une relation pathologique. Par exemple, une mère qui a besoin de garder son enfant dans une relation de dépendance supporte mal qu'il accède à l'autonomie grâce au traitement ; ou un père qui craint la rivalité de son fils supporte mal de le voir s'affirmer, perdre ses inhibitions.

On peut observer dans ce cas plusieurs types de réactions néfastes pour la santé de l'enfant lui-même ou de sa famille :

- l'arrêt du traitement, qui se fait alors dans des conditions particulièrement malheureuses, puisque justement l'enfant émergeait de ses difficultés et qu'il risque d'interpréter la décision d'arrêt de ses parents comme une punition ou une interdiction d'être autre que ce qu'il était jusque-là, d'être plus lui-même, de ne plus être malade ;
- l'apparition de troubles chez un autre enfant de la fratrie, qui vient prendre dans l'équilibre familial la place que l'enfant traité n'assume plus ;
- la décompensation de l'un ou l'autre des parents dont l'équilibre psychique se trouve brusquement rompu. On a quelquefois observé des décompensations dramatiques allant jusqu'au suicide ;
- la dissociation du couple parental dont l'union semblait nécessiter la présence d'un enfant malade.

4) Parfois les parents induisent ou entretiennent directement la pathologie de l'enfant et tant qu'ils n'ont pas évolué, il paraît illusoire d'espérer une évolution de l'enfant. Citons à ce sujet A. Freud : « Certaines phobies de l'enfant, des refus alimentaires, des rituels d'endormissement, ne persistent chez l'enfant qu'en raison de la complicité de la mère. Elle craint l'attaque d'angoisse de l'enfant pour elle-même, autant que l'enfant lui-même la redoute. Elle participe donc activement à maintenir défenses et précautions, camouflant ainsi l'étendue de la maladie de l'enfant. Certains actes symptomatiques, en particulier obsessionnels, sont réellement déplacés du corps de l'enfant sur celui de la mère. Certains parents pour des raisons pathologiques personnelles semblent avoir besoin d'un enfant malade, perturbé ou infantile et maintiennent pour cette raison le statu quo ».

II - LES THEORIES DE LA PSYCHOPATHOLOGIE FAMILIALE

Quand la compréhension dynamique de la psychopathologie a commencé à être appliquée à la clinique de l'enfant et de l'adolescent, les psychiatres ont été frappés par les intrications quasi constantes entre les structures mentales des parents et les perturbations des enfants. Ce sont ces implications, ces correspondances, qui forment le fondement de ce qu'on appelle la *psychopathologie familiale*. On est là en présence de faits indéniables, qui méritent un examen approfondi car ils sont d'un intérêt évident. Mais comme toujours en psychopathologie, on ne peut passer sans précaution du niveau des constatations à celui des explications.

Quelle est la cause, quelle est la conséquence ? Est-ce la pathologie des parents qui engendre celle de l'enfant, ou sont-ce les perturbations de l'enfant qui ont conduit les parents à s'aménager sur un mode pathologique ?

On peut distinguer trois types de théories concernant la psychopathologie familiale. Nous les appellerons : les théories étiologiques — la théorie de la communication — la théorie structurale.

1) Théories étiologiques

Certains auteurs ont fait de la relation parents-enfant une étude en terme d'étiologie : si l'enfant a telle ou telle affection mentale, c'est à cause de tel conflit psychologique non résolu chez la mère, chez le père ou dans le couple parental.

C'est par exemple le point de vue de M. Mannoni dans ses études de l'enfant psychotique ou débile mental. En s'appuyant sur la théorisation de J. Lacan, M. Mannoni interprète la maladie mentale de l'enfant comme liée à un discours familial aliénant : « Nous avons vu, dit-elle, que le destin du psychotique se fixe à partir de la façon dont il a été exclu par l'un ou l'autre parent d'une possibilité d'entrer dans une situation triangulaire. C'est cela qui le voue à ne pouvoir jamais assurer aucune identité. Pris dès la naissance dans un bain de paroles qui le figent ou le réduisent à l'état d'objet partiel, il faut pour qu'il puisse entrer un jour comme sujet dans la cure, que le système de langage dans lequel il s'est trouvé pris se modifie d'abord. C'est ensuite seulement qu'il va lui-même pouvoir être remanié par le langage ».

D'autres auteurs ont recherché l'étiologie des troubles de l'enfant dans ce qu'on peut appeler une typologie parentale, c'est-à-dire la description de tel ou tel système d'attitudes, de tel ou tel type de personnalité ou de caractère chez l'un ou l'autre des parents, qui est rendu responsable de la pathologie de l'enfant.

R. Spitz, par exemple, dans son étude des désordres « psychotoxiques » du nourrisson ou du jeune enfant, décrit des attitudes maternelles directement responsables de la perturbation de l'enfant : rejet primaire manifeste responsable d'état de choc, de coma, voire de la mort de l'enfant — sollicitude primaire excessive et anxieuse responsable des coliques idiopathiques du premier trimestre — hostilité déguisée en anxiété manifeste responsable d'eczéma infantile — oscillations entre les cajoleries et l'hostilité, responsables des balancements du nourrisson — troubles de l'humeur cyclique de la mère, responsables des jeux fécaux et de la coprophagie de l'enfant — hostilité maternelle constamment compensée, responsable de l'hyperthymie chez l'enfant.

On peut évoquer aussi de nombreux travaux (étudiés dans le chapitre sur les psychoses) sur les parents d'enfants psychotiques ou de schizophrènes. Par exemple, Fromm-Reichmann (1948) décrit la mère schizophrénogène, agressive, dominatrice, insécurisante, rejetante, contrastant avec le père inadéquat, passif et indifférent.

Citons aussi Hotchkiss, Gilby et Wiesenfeld qui distinguent cinq types de mères de schizophrènes : mères sursollicitantes, dominatrices — mères indolentes, douces, soumises aux désirs de leur fils — mères séductrices — mères surcontrôlées — mères passives, non participantes, indifférentes. La typologie des pères a été approfondie par plusieurs auteurs. Ainsi, Lidz et coll. décrivent-ils différents types de pères schizophrénogènes :

- les pères de filles schizophrènes : sévères, méfiants, paranoïdes, dévalorisant leur épouse aux yeux de leur fille, avec laquelle ils peuvent avoir des conduites de séduction ;

- les pères de garçons schizophrènes : égocentriques, recherchant le prestige, rivalisant avec leur fils, dont ils sont jaloux auprès de leur femme, se dévalorisant continuellement, souvent absents — pères satisfaits d'eux-mêmes, à la limite du délire de grandeur, avec participation de la mère et isolement du garçon — pères complètement dévalorisés, ne comptant plus dans la famille après une période brillante et prospère — pères passifs et choisis à ce titre par leur femme, se conduisant comme le moins important des enfants.

L. Despert décrit les mères d'enfants psychotiques comme rejetantes et ouvertement agressives, ou comme hyperprotectrices et masquant par-là une agressivité réprimée. L. Kanner a décrit les parents d'enfants autistiques comme intellectuels, obsessionnels, manquant de chaleur affective, mécanisant leurs conduites éducatives, ayant une apparente adaptation sociale et souvent même une brillante réussite, mais au fond des relations pauvres, formelles.

Cette typologie des parents, pour intéressante qu'elle soit, reste en fait limitée à une description superficielle des conduites des parents, sans donner aucune indication sur les ressorts profonds de leurs comportements. D'autre part la valeur étiologique que les auteurs ont voulu lui donner est très sujette à caution. Ne voit-on pas, en effet, la même mère ou le même père se conduire d'une manière adéquate, chaleureuse avec l'un des enfants et de manière profondément pathogène avec un autre. Il faut garder à ces descriptions leur valeur relative à la relation avec l'enfant ou l'adolescent malade.

L'inconvénient du point de vue étiologique est de méconnaître l'organisation psychopathologique propre de l'enfant avec ses mécanismes de défense, son mode de relation, qui s'étend au-delà du groupe familial, pour atteindre n'importe quelle personne avec laquelle l'enfant est en contact. C'est ce que nous montre notre expérience quotidienne, à savoir que les soignants sont constamment menacés de se conduire eux-mêmes en « parents pathogènes », surtout avec des enfants psychotiques, s'ils ne font pas une analyse fréquente de leurs attitudes à l'égard de l'enfant.

2) Théories de la communication

Un autre mode d'approche a été illustré depuis une vingtaine d'années par l'école américaine (Bateson, Wynne, Lidz, Ackerman etc.). Ces auteurs étudient la communication à l'intérieur du groupe familial en se fondant sur la théorie de la communication. Dans cette théorie, on considère une source émettrice et un récepteur et on s'intéresse uniquement à la façon dont est émis le message, dont il est transmis et dont il est reçu, sans se soucier du fonctionnement interne de l'émetteur et du récepteur, considérés chacun comme une « boîte noire ». C'est dire là encore, malgré l'intérêt de ces études, leurs limites en ce qui concerne la psychopathologie, car il est évident que ce qui est le propre du psychisme humain n'est pas la capacité à émettre un message ou à en recevoir un, mais bien la réalité psychique intérieure, donc le fonctionnement interne de l'appareil mental.

L'une des découvertes essentielles de ces recherches est celle du *double bind* ou « double lien » ou communication paradoxale, due à Bateson (1956), qui suppose :

- 1 - une première injonction négative,
- 2 - une seconde injonction en conflit avec la première et à un niveau d'abstraction plus élevé,
- 3 - une injonction négative empêchant la victime d'échapper au champ de la communication.

C'est le cas par exemple lorsqu'un enfant, qui n'a pas le moyen d'échapper à un ordre donné par un adulte, reçoit de celui-ci une injonction du type « je t'ordonne de me désobéir ».

D'autres types d'anomalies pathogènes de la communication ont été décrites. Nous n'en citerons que quelques-uns :

— la « tangentialisation » : un message *a* a été émis par une personne A, il est suivi par un message *b*, émis par une personne B, et ce message *b* à la fois reconnaît l'intention de communiquer, mais en même temps ignore le contenu du message *a* et l'intention profonde de la personne A. Par exemple, un enfant court vers sa mère et lui crie joyeusement « regarde, j'ai attrapé un ver » ; la mère lui répond d'une voix sèche « va te laver les mains ! » ;

— la « disqualification », par laquelle un des termes du message de l'enfant est repris par l'adulte sous un autre sens. Par exemple l'enfant dit : « mais tu me traites comme un enfant ! » et la mère lui répond « mais tu es mon enfant ! » ;

— la « mystification », dans laquelle il y a une distorsion entre le contenu du message et les sentiments et intentions qu'il véhicule. Par exemple, émettre un message affectueux, qui, en fait, masque des sentiments agressifs.

C'est la répétition fréquente de ces types de communication, le fait qu'il s'agisse d'un mode habituel de communication, qui les rend pathogènes. L'enfant est alors pris dans une communication folle, sans avoir le moyen de s'en rendre compte, sans pouvoir localiser l'origine de la perturbation. Cela peut être mis en relation avec le fait que les parents d'enfants souffrant de troubles psychiques ne sont en général pas des malades mentaux étiquetés, ni étiquetables. P. Bourdier a montré que lorsque la maladie mentale d'un parent était reconnue, les conséquences chez l'enfant étaient totalement différentes, car, alors, l'enfant a le moyen de prendre un recul par rapport à la communication pathologique de ce parent, il tend à s'identifier aux thérapeutes du parent et à avoir une hypermaturité.

3) Théories structurales

Les théories que nous appelons structurales ne s'attachent plus à la recherche d'une cause des troubles de l'enfant dans la personnalité des parents, mais à l'étude de l'équilibre affectif du groupe familial, des interactions dynamiques entre les différents membres d'une même famille, sans privilégier l'une par rapport à l'autre, sans par exemple donner un rôle exclusif à l'influence des parents sur l'enfant, mais en prenant aussi en compte l'influence de l'enfant sur ses parents ou des enfants d'une même fratrie entre eux.

C'est à la suite des travaux de Freud sur le conflit œdipien et la névrose infantile, que des psychanalystes se sont attachés à ce type de recherche. Ce sont notamment les psychanalystes français qui ont illustré ce courant de recherche : Laforgue, Leuba, Lebovici. Ces travaux donnent une place privilégiée aux fantasmes qui circulent dans le groupe familial. Il ne s'agit pas d'études en termes de communication ou de comportement, mais de l'élucidation des fantasmes des parents l'un par rapport à l'autre, de chacun d'eux par rapport à l'enfant malade, voire des fantasmes communs à tout le groupe familial.

En 1936, R. Laforgue a décrit ce qu'il a appelé la « névrose familiale ». « Le terme, écrivent J. Laplanche et J.B. Pontalis, regroupe de façon quasi imagée un certain nombre d'acquisitions essentielles de la psychanalyse : rôle central dans la constitution du sujet de l'identification aux parents ; complexe d'Œdipe comme complexe nucléaire de la névrose ; importance que prend dans la formation de l'Œdipe la relation des parents entre eux etc. R. Laforgue insiste en particulier sur l'influence pathologique d'un couple parental constitué en fonction d'une certaine complémentarité névrotique (couple sado-masochique par exemple) ».

J. Leuba (1936) s'est également intéressé à l'étude des familles névrotiques, et en particulier aux modes de transmission d'une génération à une autre de tel ou tel type de névrose.

S. Lebovici insiste sur l'histoire familiale d'une névrose. Il fait reproche à M. Klein, de ne pas faire une juste place aux objets externes et notamment aux objets du drame œdipien, le père et la mère, dans la constitution de la personnalité de l'enfant : « Que l'inconscient ait sa structure, par conséquent son mode de fonctionnement, nul n'en saurait douter. Mais notre prise n'est que sur l'événement et l'histoire de chacun d'entre nous qui les intègrent ou les laissent exclus. Le fantasme est consubstantiel à l'organisation du désir et le moment où naît le fantasme est réglé de façon claire par les lois du développement et de l'internalisation des pulsions aménagées par la relation. A travers ces considérations, qui nous font garder toute sa valeur à la référence historique dans la théorie psychanalytique, on saisit aussi combien nous croyons nécessaire de nous attacher à préciser les conditions de l'équilibre familial pour le diagnostic et le pronostic dans le domaine de la psychopathologie de l'enfant ». Lebovici est ici très proche de la position d'A. Freud.

On peut observer certaines tendances générales dans l'organisation de la névrose familiale :

1) Le premier enfant est souvent l'objet d'un investissement narcissique de la part de l'un des parents. L'autre se sent alors plus ou moins exclu et adopte alors des attitudes rejetantes à l'égard de l'enfant. Cela est particulièrement net dans les couples jeunes, fondés souvent en partie sur une relation infantile entre les époux. Le premier enfant qui arrive joue un rôle de rival pour celui des parents qui était l'enfant du couple. Beaucoup de ruptures interviennent dans ces conditions.

2) Le premier enfant de chaque sexe tend à supporter les projections des imagos parentales correspondantes des parents. Tel père aura, par exemple, tendance à revivre avec son fils les conflits qu'il a vécus avec son père ; telle mère vivra avec sa fille les conflits qu'elle a vécus avec sa mère.

3) Le numéro de l'enfant dans la fratrie peut jouer un rôle important. Citons par exemple le cas d'un enfant qui était le troisième de sa fratrie et que son père considérait comme plus ou moins débile et incapable. Les entretiens avec le père révélèrent qu'il avait un frère troisième de sa fratrie, qui était un grand infirme.

4) La place de l'enfant dans la fratrie peut avoir par ailleurs une grande importance. Le fait,

par exemple qu'il y ait un enfant du même sexe rapproché en âge joue un grand rôle, soit dans le sens d'une jalousie exacerbée, soit parce qu'un frère ou une sœur aînée représentent un Idéal du Moi inatteignable, ce qui peut renforcer des mécanismes d'identification projective entre les enfants, mécanismes qui sont à leur comble dans les couples de jumeaux.

Le fait d'être le seul enfant de son sexe pose des problèmes particuliers : jalousie à l'égard de l'autre sexe, sentiment de dévalorisation, ou au contraire survalorisation de son sexe, cela en fonction de l'attente et du désir des parents.

5) Un cas particulier et important est celui d'un enfant qui vient après la mort d'un autre enfant et parfois, dans le désir des parents, pour le remplacer. Citons le cas d'un petit garçon de 3 ans dont la mère parlait dans des termes qu'on emploie pour un enfant nettement plus grand. Elle se plaignait du fait qu'il ne rangeait pas ses affaires, qu'il se tenait mal à table, qu'il n'était pas raisonnable etc. Comme on le lui faisait remarquer, elle répondit : « Oui j'en parle comme s'il avait 6 ans » et raconta qu'elle avait perdu une petite fille à l'âge de 3 ans et que les médecins avaient conseillé aux parents d'avoir un autre enfant, ce qu'ils avaient aussitôt entrepris. L'enfant conçu était le petit garçon que nous examinions. La mère lui en voulait de n'être pas une fille, car de ce fait il ne pouvait prendre complètement la place de l'enfant mort, et elle le considérait comme un enfant qui aurait eu l'âge de sa fille décédée.

III - MODES D'AIDE AUX PARENTS

1) La « guidance parentale »

Sous le terme de « guidance parentale », on désigne des entretiens répétés avec les parents, au cours desquels il leur est possible de faire part de leurs interrogations, de leur angoisse, de leur culpabilité, mais aussi de poser des questions et de recevoir des explications.

Ces entretiens sont indispensables avant tout début de traitement afin d'obtenir l'adhésion profonde des deux parents. Il faut souvent insister pour voir le père.

Ils sont également indispensables pendant le cours d'un traitement, afin d'élucider les questions qui se posent aux parents, au fur et à mesure.

Cette guidance parentale n'amène pas des transformations en profondeur de la personnalité des parents, elle n'est pas réglée comme l'est un traitement psychothérapique. Cependant elle peut apporter des résultats très appréciables aussi bien pour soulager la souffrance des parents que pour aider à l'évolution de l'enfant. Elle nécessite beaucoup d'expérience de la part du psychiatre.

2) Les traitements individuels

Dans certains cas, l'un ou l'autre des parents fait une demande de traitement personnel, soit d'emblée, ce qui est rare, soit, plus souvent, après des entretiens répétés ou une autre forme de prise en charge.

Il faut, bien entendu, que le psychiatre examine la possibilité de répondre à cette demande en fonction de la personnalité du parent demandeur. Si le traitement individuel est possible, il est évidemment d'un grand intérêt, tant pour le parent lui-même que pour l'aider à mieux comprendre son enfant et aussi pour aider le thérapeute à élucider les interactions entre les conflits internes du parent et les troubles de l'enfant.

Il faut se garder, cependant, de chercher à forcer cette demande. Il ne faut pas oublier que les parents, qui viennent consulter pour leur enfant, ne viennent pas consulter pour eux-mêmes et n'ont pas en général conscience d'avoir des difficultés personnelles. Il n'est pas rare, dans les institutions, que l'équipe soignante pousse le psychiatre à entreprendre un traitement individuel pour tel ou tel parent jugé malade et responsable de la pathologie de son enfant. Il faut savoir résister à ces pressions,

qui courtcircuient l'élaboration personnelle des parents et qui, en général, sont la marque du déplacement d'un problème.

Les traitements individuels des parents peuvent selon les cas prendre la forme d'une psychothérapie en face à face ou d'une psychanalyse.

3) Les groupes de parents

Il faut distinguer deux éventualités :

— Des groupes épisodiques, très utiles dans une institution, pour permettre un contact régulier entre l'équipe soignante et l'ensemble des parents et pour donner aux parents un lieu de parole, informel, où peu à peu ils vont pouvoir exprimer de mieux en mieux leurs réelles inquiétudes, leur position à l'égard de leur enfant et de l'institution. Dans ces groupes, le fait de rencontrer d'autres parents, qui ont des difficultés similaires, joue un rôle très déculpabilisant et bienfaiteur. Ce type de réunion pourrait sans doute être généralisé avec profit à toutes les institutions s'occupant d'enfants malades mentaux ou inadaptés.

— Les thérapies de groupe, qui sont réservées à certains parents volontaires qui désirent approfondir non seulement la compréhension de la relation entre eux et leur enfant, mais aussi la compréhension d'eux-mêmes. M. Soule et S. Decobert ont décrit une technique de groupe thérapeutique pour des couples de parents animé par un couple de thérapeutes. Cette formule présente un grand intérêt, notamment en favorisant des processus d'identification à un couple imaginaire projeté sur le couple de thérapeutes. Il s'y produit une véritable réparation du couple parental introjecté de chaque participant, qui permet le plus souvent une amélioration importante des relations intra-familiales.

4) Les traitements parents-enfant

Freud pensait que le traitement psychothérapeutique d'un enfant était impossible directement, car il croyait qu'un enfant n'accorderait pas sa confiance à un étranger et que par conséquent l'intermédiaire des parents était indispensable. C'est ce qu'il a fait dans le traitement du petit Hans ; il chargeait le père, avec lequel il avait des entretiens, de recueillir le matériel auprès de l'enfant et de donner des interprétations. Il n'a vu lui-même le petit Hans qu'une seule fois en présence de son père. D.W. Winnicott a utilisé parfois l'intermédiaire des parents, notamment lorsque la distance géographique interdisait de voir l'enfant régulièrement et que seule une correspondance par courrier avec les parents était possible.

L'expérience des traitements directs avec des enfants a non seulement montré qu'ils étaient possibles, mais que le plus souvent la présence des parents n'était pas souhaitable, qu'elle empêchait l'approfondissement du transfert et qu'elle interdisait l'abord de conflits dans lesquels le parent présent était trop directement impliqué. Il reste cependant quelques cas où la présence de l'un ou l'autre des parents est indispensable ou souhaitable :

— c'est le cas pour de très jeunes enfants, dont les moyens d'expression personnelle sont trop limités ;

— c'est aussi le cas parfois au début d'une psychothérapie, lorsque l'enfant a une angoisse de séparation trop importante pour être séparé de sa mère. Il faut alors accepter la mère aux séances de psychothérapie jusqu'au moment où le transfert avec le thérapeute est suffisamment bien établi pour permettre la séparation.

Certains auteurs ont exploité les possibilités que donnent la présence d'un ou des deux parents aux séances de traitement. Cramer décrit une technique de psychothérapie brève, dans laquelle il analyse la relation entre l'enfant et le parent présent. P. Mâle et A. Doumic ont décrit une technique de psychothérapie du premier âge, incluant dans les séances de traitement la mère parfois les deux parents. Dans cette technique, les auteurs utilisent les tendances à la régression de l'enfant permises par la situation thérapeutique, et même induite par cette situation. Ils cherchent alors à réparer la rela-

tion mère-enfant, en particulier en assumant toutes les projections agressives de l'enfant, dans l'espoir d'en soulager la relation de l'enfant avec sa mère.

D'une manière générale, il est souvent utile aux cours des consultations de voir, au moins pendant une partie de la consultation, l'enfant ou l'adolescent avec ses parents. Cela apporte de précieux renseignements sur le type de relation qui s'établit entre eux et sur les fantasmes sous-jacents.

5) La psychothérapie familiale

Sous ce nom certains auteurs américains (Framo, Ackerman, Lidz etc.) décrivent une technique très originale, fondée à la fois sur la théorie de la communication et la psychanalyse et qui consiste à aborder l'ensemble du groupe familial, au besoin à domicile, pour chercher à en décrypter le mode de communication, les aspects pathologiques de cette communication familiale et les fantasmes qu'elle véhicule.

Cette technique est encore peu développée en France, mais quelques expériences ont été tentées. Elle nécessite une formation particulière et est d'un maniement délicat, tant la situation thérapeutique est compliquée et l'implication du thérapeute difficile à repérer.

On peut en rapprocher le « social case work » ou « travail de cas », technique utilisée par des travailleurs sociaux qui agissent dans les milieux de vie des gens et se réunissent pour élaborer ensemble, sous le contrôle d'un superviseur, les attitudes à avoir, les décisions à prendre etc.

BIBLIOGRAPHIE

- BOURDIER (P.). — L'hypermaturation des enfants de parents malades mentaux. *Rev. fr. de psychanalyse*, 1972, 36, pp. 19-42.
- DESPERT (L.). — Schizophrenia in children. Brunner-Mazel, New York, 1968.
- FREUD (A.). — Le normal et le pathologique chez l'enfant (traduction française D. WIDLOCHER). Gallimard, Paris, 1968, 212 p.
- FREUD (S.). — Cinq psychanalyses (trad. française M. BONAPARTE et R. LOWENSTEIN). P.U.F., Paris, 1954.
- HENNY (R.). — Indications des traitements des parents, in *Le choix thérapeutique en psychiatrie infantile*, par J. de AJURIAGUERRA et coll. Masson, Paris, 1967.
- KANNER (L.). — Childhood psychosis, initial studies and new insights. Winston and sons, Washington, 1973.
- LAFORGUE (R.). — La névrose familiale. *Rev. fr. de psychanalyse*, 1936, 9, pp. 327-359.
- LAPLANCHE (J.) et PONTALIS (J.B.). — Vocabulaire de la psychanalyse. P.U.F., Paris, 1967.
- LEBOVICI (S.), DIATKINE (G.) et ARFOUILLOUX (J.C.). — A propos de la psychothérapie familiale. *Psychiat. Enf.*, 1969, 12, pp. 447-536.
- LEUBA (J.). — La famille névrotique et les névroses familiales. *Rev. fr. Psychanalyse*, 1936, 9, pp. 360-419.
- MALE (P.), DOUMIC-GIRARD (A.), BENHAMOU (F.) et SCHOTT (M.C.). — Psychothérapie du premier âge. P.U.F., Paris, 1975.
- MANNONI (M.). — L'enfant, sa maladie et les autres. Edit. du Seuil, Paris, 1967.
- SOULE (M.). — L'enfant qui venait du froid (à paraître).
- SOULE (M.) et DECOBERT (S.). — La notion de couple thérapeutique. *Rev. fr. Psychanalyse*, 1972, 36, pp. 83-110.
- SPITZ (R.). — De la naissance à la parole (trad. française L. FLOURNOY). P.U.F., Paris, 1968.
- WINNICOTT (D.W.). — De la pédiatrie à la psychanalyse (trad. française J. KALMANOVITCH). Payot, Paris, 1969.

LA PREVENTION

LA PREVENTION

I - DEFINITIONS

Le terme « prévention » désigne toutes les actions, fondées sur la connaissance de la genèse des troubles, qui visent à éviter l'éclosion de ces troubles ou à en réduire l'extension et la gravité.

On distingue :

1) *la prévention primaire*, qui concerne les actions à entreprendre pour prévenir l'apparition des troubles ;

2) *la prévention secondaire*, qui concerne le dépistage et la lutte contre les maladies mentales avant l'apparition de troubles manifestes ;

3) *la prévention tertiaire*, qui concerne les actions ayant pour but de limiter les séquelles d'une maladie, d'éviter la chronicité des troubles et de limiter les effets néfastes sur la famille.

II - IMPORTANCE DE LA PREVENTION EN PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE

Le souci de la prévention est grand en psychiatrie infanto-juvénile pour plusieurs raisons :

— l'espoir de prévenir l'éclosion des maladies mentales de l'adulte a été un des moteurs de la recherche et de l'action en psychiatrie infanto-juvénile ;

— la réversibilité des troubles une fois installés est variable. Si elle reste grande pour la pathologie névrotique, il n'en est pas de même pour les psychoses infantiles, les états déficitaires, les psychopathies. Il est donc important d'éviter au maximum l'installation de ces états mentaux graves peu ou pas réversibles ;

— l'expérience a montré que souvent la réversibilité des troubles était fonction de la précocité du dépistage et du traitement. C'est notamment le cas pour les carences affectives précoces, l'autisme infantile ;

— les soins sont très souvent longs, coûteux, exigeant beaucoup de temps pour soigner peu d'enfants. Les équipes de psychiatrie infanto-juvénile sont presque toujours débordées par la demande. On peut espérer que l'efficacité de la psychiatrie sera beaucoup plus importante et rapide dans le domaine de la prévention.

III - QUELQUES DONNEES CHIFFREES

Quelques chiffres donneront une idée de l'importance des problèmes auxquels devraient faire face les équipes de psychiatrie infanto-juvénile. Nous les tirons d'une brochure de l'O.M.S. « Santé mentale et développement psychosocial de l'enfant » (1977).

La population mondiale des enfants de moins de 15 ans est estimée à environ 1 milliard 300 millions, ce qui représente 30 % de la population totale (25 % dans les pays développés, 40 % dans les pays en voie de développement).

On estime que 5 à 15 % des enfants de 3 à 15 ans ont des troubles psychiques justifiant une action spécialisée.

Les troubles de la parole et du langage s'observent chez 1 à 5 % des enfants.

L'énurésie chez 3 % des enfants de moins de 10 ans.

La dyslexie chez 3 à 10 % des enfants d'intelligence normale.

La débilité mentale profonde chez 0,4 % des enfants.

La débilité mentale légère chez 3 % des enfants.

L'autisme infantile chez 0,03 à 0,04 % des enfants.

Avant l'âge de 4 ans, les enfants battus sont au nombre de 1 pour 1 000 ; 10 % des lésions sont mortelles.

IV - PRINCIPES GENERAUX DE LA PREVENTION

La prévention peut se concevoir à travers une action étroitement programmée, qui cherche à dépister systématiquement tout risque et à y opposer automatiquement des mesures. Cette action programmée tend à se développer beaucoup dans notre pays dans le domaine de la protection de l'enfance. Les visites médicales systématiques, au 8^e jour, au 9^e mois et au 24^e mois, l'action de la Protection Maternelle et Infantile (P.M.I.), de la Médecine scolaire, s'inscrivent dans ce cadre. La complexité toujours croissante du Carnet de santé remis aux parents pour chaque enfant, les projets de fichiers : fichier des handicapés, fichier scolaire, répondent à ce souci de dépistage systématique. Cette tendance est influencée par les progrès de la pédiatrie et de l'hygiène mentale infantile, qui permettent toujours mieux de répondre aux problèmes médicaux et psychiques d'un plus grand nombre d'enfants. Elle est influencée aussi par l'informatique, qui permet de gérer des fichiers très vastes et de traiter rapidement une information considérable.

Si une telle action programmée paraît tout à fait justifiée dans certains domaines, ceux notamment où une action de masse simple permet de lutter très efficacement contre les affections épidémiques ou endémiques (les vaccinations en sont le meilleur exemple), elle inquiète à juste titre lorsqu'elle se généralise. La prétention de fichier toute la population infantine en recueillant une information toujours plus abondante pose de graves questions : quel usage sera fait de cette information ? Ne risque-t-on pas d'étiqueter définitivement des enfants et les enfermer ainsi dans une définition dont ils ne pourront plus sortir ? Ne va-t-on pas court-circuiter la demande des parents et des enfants en voulant appliquer des actions préventives systématiques ? Les discussions actuelles sur le fichier scolaire illustrent bien ces préoccupations.

Des actions programmées et systématiques semblent particulièrement mal adaptées à la prévention en santé mentale. Il est souhaitable qu'en ce domaine on utilise d'autres méthodes, apparemment moins rentables, plus lentes, plus coûteuses en personnel qualifié, mais plus cohérentes avec l'ensemble de l'action sanitaire en psychiatrie infantile-juvénile et finalement plus efficaces. C'est, en effet, par une information de tous les responsables d'enfants : parents, éducateurs, enseignants, pédiatres, puéricultrices, juges des enfants etc., que doit passer la majeure partie de l'action préventive. L'expérience montre que si une action dans ce domaine n'est pas soutenue par l'opinion, par une prise de conscience des responsables, elle est vouée à l'échec.

V - LES MOYENS DE LA PREVENTION

1) Les moyens médicaux

Ils concernent la prévention des atteintes somatiques et notamment cérébrales, qui retentissent sur le développement psychique de l'enfant.

Ils comprennent :

- la surveillance de la santé des parents avant la conception (visite prénuptiale),
- la surveillance des grossesses,
- le dépistage des anomalies chromosomiques in utero par amniocentèse, permettant des avortements thérapeutiques,
- la surveillance des accouchements,
- la qualité de la réanimation néo-natale,
- les soins aux prématurés,
- le dépistage précoce de certaines affections, dont on peut prévenir les conséquences cérébrales (idiotie phényl-pyruvique, myxoœdème),
- d'une manière générale, les soins physiques donnés aux enfants, les vaccinations etc., qui permettent de réduire le nombre d'enfants handicapés et d'arriérations mentales d'origine organique.

2) L'usage de la contraception

Elle peut permettre de réduire, voire de supprimer les grossesses non désirées. On sait qu'un enfant non désiré est souvent difficilement accepté dans une famille. Cela peut être à l'origine d'un rejet plus ou moins massif, qui perturbera l'évolution affective de l'enfant.

3) La prévention dans les maternités

La naissance d'un enfant et ses suites immédiates sont des moments particulièrement importants pour une action préventive.

La qualité de l'accueil réservé aux mères, le contact qui s'établit entre elles et le personnel de la maternité : accoucheurs, sages-femmes, puéricultrices, sont importants.

Des accoucheurs cherchent à réduire pour l'enfant le « traumatisme de la naissance » et pour la mère l'appréhension de l'accouchement. Les méthodes d'accouchement sans douleur depuis longtemps utilisées répondent à ce souci. Plus récemment, Leboyer a proposé une méthode d'accouchement particulièrement douce et sécurisante pour l'enfant : le bébé est posé sur le ventre de sa mère, le cordon n'est pas coupé immédiatement, l'enfant est longuement massé dans un bain d'eau tiède, l'accouchement se fait dans une atmosphère calme, silencieuse, sous une lumière douce, tout cela afin de limiter l'afflux de stimuli, qui assaille le bébé.

Les paroles d'accoucheurs ont sur la femme qui vient d'accoucher un impact tout particulier. Il est probable que la mère se trouve alors dans un état émotionnel spécial, qui la rend plus sensible à toute appréciation ou à tout jugement, surtout s'ils émanent de l'accoucheur qu'elle investit d'un pouvoir considérable. Souvent les mères se rappellent ce que l'accoucheur a dit de l'enfant comme d'un oracle.

Dans les suites de l'accouchement, le rôle des puéricultrices, du pédiatre, a beaucoup d'importance. On a montré notamment que les possibilités d'allaitement dépendaient pour une grande part de la préparation psychologique de la mère.

4) La prévention dans les services hospitaliers et les collectivités pour enfants

La mise en évidence de l'effet traumatisant de toute séparation dans la petite enfance, les syndromes décrits par R. Spitz chez les enfants placés en collectivité (hospitalisme, dépression anaclitique), ont amené les psychiatres d'enfants à préconiser une action préventive dans toute collectivité de jeunes enfants. Leur action n'est pas toujours bien comprise des pédiatres, qui apprécient les facilités thérapeutiques données par l'hospitalisation et voient peu les conséquences à long terme de la séparation du milieu familial.

On peut distinguer trois types d'action préventive dans ce domaine :

a) Le cas très particulier des services de prématurés, où l'on sait maintenant l'importance d'associer la mère aux soins de l'enfant, de lui faire toucher son bébé dans l'incubateur, de la soutenir par des entretiens. L'accouchement prématuré est une épreuve non seulement pour l'enfant, mais aussi pour la mère qui le vit comme un échec. Les difficultés d'établissement de la relation mère-enfant peuvent être réduites par des mesures préventives appropriées.

b) La limitation des hospitalisations et des placements sanitaires. Il est important, surtout chez les enfants de 6 mois (âge d'établissement de la relation d'objet) à 3 ans (âge auquel l'image intérieure de la mère commence à être suffisamment stabilisée), de réduire au maximum les hospitalisations et les placements. Il faut développer les soins ambulatoires, les hospitalisations de jour, réduire la durée des hospitalisations et leur répétition. Il faut éviter les placements sanitaires en pouponnière ou en maison d'enfants, qui ne sont pas absolument justifiés sur le plan médical. Ces placements sont trop souvent décidés sur un alibi médical, alors que le problème de fond est tout autre, psychique, familial, social.

c) L'aménagement de la vie à l'intérieur des services hospitaliers et des collectivités d'enfants. Quand l'hospitalisation ou les placements s'avèrent inévitables, il est très important d'en réduire au maximum les effets psychiques nocifs en organisant la vie des enfants, de sorte qu'ils soient pris en charge effectivement par un personnel aussi stable que possible et averti des problèmes psychiques ; de sorte que, dès que l'état psychique de l'enfant le permet, il ait une activité de loisir à sa disposition, que les visites des parents soient aussi largement autorisées que possible. La solution d'hospitaliser la mère en même temps que l'enfant est sans doute une des réponses les plus satisfaisantes aux problèmes de l'hospitalisation des jeunes enfants.

5) La prévention au cours de la première enfance

Au cours de la première enfance, les problèmes de prévention ont un double aspect :

— Le premier est celui de l'aide aux parents et plus spécialement aux mères. Nous allons parler d'une manière générale de cette aide aux parents un peu plus loin. Les consultations de P.M.I. peuvent être un moment privilégié pour établir un contact avec la mère, entendre ses inquiétudes, répondre à ses questions.

— Le second est celui des modes de garde des enfants lorsque la mère travaille. Il faut éviter dans ce domaine toute attitude rigide. Il n'y a pas un bon mode de garde à opposer à d'autres qui seraient mauvais. Il faut au contraire une pluralité de solutions qui puissent au mieux s'adapter à chaque cas. L'essentiel pour l'enfant est la qualité des soins qu'il reçoit et la stabilité des personnes qui s'occupent de lui. Cela doit se faire, si l'enfant est confié à une gardienne à la journée, par une sélection soigneuse des gardiennes, qui tiennent compte de leurs qualités psychiques et pas seulement de la propreté de leur intérieur. Si l'enfant est confié à une crèche, cela nécessite une formation du personnel des crèches, un encadrement suffisant des enfants, un aménagement souple des horaires etc.

6) La prévention à l'école

La prévention des troubles psychiques de l'enfant à l'école pourrait, sans doute, être un moyen très efficace de lutter contre les affections mentales. L'école, dès l'âge de la maternelle représente un milieu de vie privilégié pour l'enfant ; il y passe une majeure partie de sa journée et c'est là que non seulement il va effectuer ses apprentissages, mais qu'il va s'habituer à la vie en société.

Malheureusement il faut constater que presque tout reste à faire en ce domaine. Les visites des médecins scolaires sont trop rapides et espacées pour permettre une action préventive en hygiène mentale. La présence de Groupes d'Aide Psycho-Pédagogique (G.A.P.P.) dans certains groupes scolaires n'est le plus souvent qu'un cache-misère. Le nombre de psychologues scolaires est insignifiant, leur formation est en général hâtive et insuffisante.

L'école, telle qu'elle fonctionne aujourd'hui, sauf au niveau de la maternelle, est toute entière axée sur la rentabilité scolaire, le pourcentage de succès aux examens etc. et non sur l'épanouissement individuel de chaque enfant. On peut penser que tant qu'il n'y aura pas dans ce domaine une réforme profonde non des programmes, mais des mentalités, de l'intentionnalité même de l'école, il y aura une certaine antinomie entre hygiène mentale et école. En général l'école réussit bien aux enfants qui n'ont aucun problème psychique ; dès qu'ils en ont, ils deviennent plus ou moins inadaptés et rejetés du milieu scolaire.

Il faut cependant mettre un peu à part l'école maternelle, qui est dégagée de toute préoccupation de programme et qui, de ce fait, est souvent un milieu d'épanouissement pour les enfants et tolérant même pour des enfants très perturbés. Une véritable prophylaxie des troubles psychiques peut être faite à l'école maternelle, à condition, bien sûr, que les classes ne soient pas surchargées, que le personnel soit suffisamment nombreux et bien formé et que l'objectif ne soit pas la seule préparation au C.P.

7) La prévention à l'adolescence

L'adolescence est une phase de l'existence particulièrement fragile et menacée par des décompensations psychopathologiques. L'action préventive y est donc d'une grande importance. Malheureusement là aussi beaucoup reste à faire. Il est utile dans ce domaine de reprendre la distinction entre prévention primaire, secondaire et tertiaire.

a) La prévention primaire concerne tout ce qui peut aider l'adolescent à s'insérer dans la société, à occuper utilement ses loisirs, à démarrer dans la vie professionnelle etc. Cette action est notoirement insuffisante et particulièrement difficile à mener. La mise en place des Maisons des Jeunes et de la Culture a cherché à apporter une réponse à ce problème avec un succès variable.

b) La prévention secondaire concerne ce qu'il faut faire quand un adolescent est jugé en danger, soit parce qu'il est dans un milieu jugé nocif pour lui (milieu défavorisé, bandes d'adolescents etc.), soit parce qu'il a déjà donné des preuves de désadaptation, par exemple s'il a commis des actes délictueux.

Ce sont souvent les assistantes sociales de secteur qui doivent faire face à ces problèmes. Mais trois modes d'intervention spécifiques peuvent être utilisés :

— l'Aide Educative en Milieu Ouvert (A.E.M.O.), qui relève de services généralement gérés par des Associations privées, mais agréés par les Tribunaux pour enfants. Le Juge pour enfants peut prendre une Ordonnance d'A.E.M.O. et confier cette tâche au service d'A.E.M.O. agréé. Un éducateur est alors chargé de suivre l'adolescent au sein de sa famille et de ses milieux de vie habituels ;

— les clubs ou équipes de prévention, également gérés par des Associations privées, mais agréés par la D.D.A.S.S. Ils s'occupent des bandes d'adolescents, qui se forment dans les grandes agglomérations et surtout à la périphérie de ces agglomérations, dans les banlieues, les grands ensembles etc. ;

— l'admission dans des foyers pour adolescents où ils peuvent vivre en internat, lorsque l'adaptation au milieu familial est devenue impossible.

c) La prévention tertiaire consiste dans les premiers soins psychiatriques à dispenser aux adolescents, qui donnent des signes de décompensation. Il est très important que cela se fasse au maximum à l'initiative des adolescents eux-mêmes, dans des consultations très ouvertes, facilement accessibles. Des formules souples d'accueil et de prise en charge sont nécessaires, car le plus souvent les adolescents se plient mal à des traitements trop rigides et réglés.

Les Bureaux d'Aide Psychologique Universitaires (B.A.P.U.) répondent à ce besoin pour les étudiants.

8) L'information et l'aide aux parents

L'information utile aux parents pourrait commencer bien avant la naissance des enfants, peut-être dès l'adolescence, au moment de l'information sexuelle. Il est remarquable que l'éducation officielle porte sur presque tous les domaines, sauf celui-là, pourtant essentiel à la société.

Tous les moments de la vie de l'enfant, tous les contacts avec des équipes sociales et médicales devraient être l'occasion d'une aide et d'une information aux parents.

L'Ecole des Parents cherche à remplir ce rôle par des conférences, des publications, des discussions de groupe. Les groupes de jeunes mères, notamment de primipares, paraissent particulièrement utiles.

De façon plus générale, tout ce qui peut dans la culture contemporaine aider les adultes à mieux comprendre les besoins des enfants et des adolescents joue un rôle de prévention primaire difficile à évaluer, mais sûrement très utile. M. L'Hôte a par exemple rapporté une expérience de prévention primaire organisée dans le 13^e arrondissement à Paris à partir d'un Ciné-Club.

9) L'information et la formation des responsables

Il s'agit de former et d'informer dans le domaine de l'hygiène mentale infanto-juvénile tous ceux, qui à un titre ou à un autre, sont responsables d'enfants de par leurs activités professionnelles : enseignants, éducateurs, pédiatres, puéricultrices, assistantes sociales, juges des enfants etc.

Cette information est importante à un double titre : d'une part pour aider ces responsables à agir par eux-mêmes, afin de prévenir ou d'atténuer les troubles psychiques des enfants et des adolescents — d'autre part pour leur apprendre à orienter mieux les enfants et les adolescents vers les consultations spécialisées, ce qui est une des conditions de base pour le bon fonctionnement de ces consultations.

La meilleure formule semble être celle du volontariat, dans le cadre par exemple de la formation continue. La participation volontaire de tel ou tel technicien à un groupe de formation est une garantie indispensable pour que la formation soit efficace et que l'implication personnelle nécessaire soit possible. Peu à peu les participants à ces groupes influencent tout leur milieu professionnel et y suscitent de nouvelles vocations pour cette formation.

BIBLIOGRAPHIE

COHEN (Th.B.). — Perspectives psychanalytiques sur la vulnérabilité du très jeune enfant. Résumé de la discussion de l'American Psychoanalytic Association. *Psychiat. Enfant*, 1976, 19, pp. 516-529.

DIATKINE (R.). — Réflexions sur l'hygiène mentale. *Psychiat. Enfant*, 1973, 16, pp. 215-249.

KESTEMBERG (J.S.). — La prévention des troubles affectifs chez de très jeunes enfants. *Psychiat. Enfant*, 1976, 19, pp. 530-542.

LEBOVICI (S.). — La prévention en santé mentale chez l'enfant. *Psychiat. Enfant*, 1958, 2, pp. 197-226.

L'HÔTE (M.). — A propos d'une expérience de prévention primaire dans un service de communauté. *Psychiat. Enfant*, 1971, 14, pp. 283-309.

MATHIS (M.). — La prophylaxie mentale du nourrisson. *Revue Neuropsychiat. infantile*, 1966, 14, pp. 925-932.

Prévention et traitement dans la petite enfance. Numéros 1-2 de la *Revue de Neuropsychiat. infantile*, 1976, 24.

Santé mentale et Développement psychosocial de l'enfant. Rapport d'un Comité O.M.S. d'experts, 1 vol., O.M.S., Genève, 1977, 80 p.

La prévention médico-sociale précoce. Document du C.O.P.E.S. (23, rue Lalande 75014 Paris).

On peut encore citer :

— « L'enfant à l'école maternelle ». Numéro spécial de la *Revue de Médecine*, 1974, 15, pp. 1691-1753. Avec des articles de G. VERMEIL, J. LEVINE, R. DIATKINE, Y. JENGER, Ph. MAZET, L. LENTIN, R. LANDIER, C. CHILAND.

— Toute une série d'articles parus dans la *Revue de Pédiatrie*, à partir de février 1976, sur le thème : « L'enfant à l'école élémentaire », avec la participation de J. LEVINE, G. VERMEIL, J. GILBERT, J. GOU-DART, A. LEBAS, Ph. MAZET, B. VOIZOT, M.A. BRUNON, A. FOULON, H. CORDELIÉ, P. CORDELIÉ, C. DUCHEMIN, F. TONNELIER.

**PROBLEMES ADMINISTRATIFS
ORGANISATION DE L'HYGIENE
MENTALE
INFANTO-JUVENILE**

PROBLEMES ADMINISTRATIFS ORGANISATION DE L'HYGIENE MENTALE INFANTO-JUVENILE

L'organisation de l'hygiène mentale infanto-juvénile en France est d'une déroutante complexité. Cela tient à la multiplicité des initiatives qui se sont succédé sans plan d'ensemble depuis la dernière guerre mondiale.

Jusque-là, l'équipement dans ce domaine était tout à fait rudimentaire. Il se réduisait aux colonies d'enfants des Hôpitaux Psychiatriques qui le plus souvent étaient dans un état misérable, à quelques institutions charitables et à quelques créations plus récentes mais exceptionnelles comme la clinique annexe de psychiatrie infantile créée par G. Heuyer à Paris en 1925 et située à La Salpêtrière.

Après la guerre, les pouvoirs publics ont, dans un premier temps, favorisé les initiatives privées, ce qui a permis la création d'une grande diversité d'institutions souvent à l'initiative d'Associations de Parents. Cette initiative privée a eu l'avantage d'apporter un remarquable dynamisme dans la mise en place d'un véritable réseau d'institutions et de permettre une certaine souplesse. Elle a eu cependant de plus en plus l'inconvénient de ne répondre à aucun plan d'ensemble et de ce fait de compliquer beaucoup l'organisation de l'hygiène mentale infanto-juvénile, de créer un suréquipement à certains endroits, un sous-équipement à d'autres, de ne pas couvrir tous les besoins, de ne pas utiliser au mieux le potentiel thérapeutique et éducatif existant et sans doute d'accroître le coût des actes.

Il a donc fallu dans un deuxième temps se soucier d'une certaine coordination. C'est à ce souci qu'a répondu en 1964 la création, au niveau ministériel, d'un « centre technique national pour l'enfance et l'adolescence inadaptées » et, au niveau régional, des « centres régionaux pour l'enfance et l'adolescence inadaptées » (C.R.E.A.I.). Ces organismes regroupent des représentants de toutes les associations privées et semi-publiques intéressées et des représentants de l'administration. Ils ont donc le mérite de la représentativité mais ce ne sont que des organismes délibératifs, sans pouvoir de décision ; leurs capacités de coordination sont donc assez limitées.

Beaucoup plus récemment, dans les faits à partir de 1972, ont commencé à être mis en place des services publics de psychiatrie infanto-juvénile, sous la forme de la sectorisation dont nous reparlerons plus loin. Ces services sont venus se surajouter aux institutions existantes avec la vocation de promouvoir des actions que le secteur privé n'avait pas développées et de coordonner l'ensemble de l'action en hygiène mentale infanto-juvénile. En fait cette coordination pose de nombreux problèmes non encore résolus.

Indépendamment de la mise en place des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, d'autres actions ont été développées par les pouvoirs publics en faveur des enfants et des adolescents, mais là encore sans coordination. Le Ministère de la Justice a développé des actions concernant les mineurs délinquants et les enfants en danger moral. Le Ministère de l'Education Nationale a créé des classes et des établissements spécialisés pour les enfants incapables de suivre les classes normales. Le Ministère de la Santé a développé des actions sociales par l'intermédiaire de l'Aide Sociale à l'Enfance et des secteurs sociaux, des actions sanitaires par l'intermédiaire de la protection maternelle et infantile

(P.M.I.) et de la médecine scolaire. Pour être complet, il faut citer l'action du Ministère de l'Intérieur par l'intermédiaire de la brigade des mineurs et celle du Secrétariat à la Jeunesse et aux Sports dans le domaine de la prévention.

De nouvelles formes de coordination ont vu récemment le jour :

— Les commissions d'éducation spéciale qui réunissent des représentants de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales, des représentants de l'Education Nationale, des représentants des Institutions privées et des représentants des Associations de Parents d'Enfants Inadaptés. Nous parlerons plus loin de ses attributions et de son fonctionnement.

— Le service unifié de l'enfance qui est recommandé par le Ministère mais non obligatoire (instruction ministérielle du 25/5/69 et du 21/5/72). Il a pour but d'harmoniser le découpage des secteurs psychiatriques, sociaux, de P.M.I. et de santé scolaire et de créer des équipes pluridisciplinaires qui permettent un fonctionnement coordonné des divers services pour une même population. Dans les faits, le « service unifié de l'enfance » est rarement entré en application.

Nous avons résumé dans le tableau V l'organisation très complexe de l'hygiène mentale infanto-juvénile. Nous en développerons les principaux aspects dans les paragraphes ci-dessous.

I - L'INTERSECTEUR DE PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE

L'idée de la sectorisation en psychiatrie a commencé à être développée par les psychiatres des Hôpitaux Psychiatriques départementaux, il y a une trentaine d'années. Elle a été reprise et officialisée par une circulaire ministérielle en date du 15 mars 1960.

Les buts à atteindre, selon cette circulaire, sont les suivants :

1) Entreprendre les soins des malades mentaux à un stade plus précoce, avec de plus grandes chances de succès et apporter aux anciens malades un appui médico-social efficace leur évitant des récidives. Cette conception entraîne la nécessité de confier à la même équipe médico-sociale la charge du malade en cure hospitalière et en pré et postcure. Il est en effet indispensable que le malade sorti de l'hôpital psychiatrique retrouve au dispensaire, au foyer de postcure, le médecin qui l'a traité à l'hôpital psychiatrique. C'est la condition même pour qu'il accepte cette postcure. Par ailleurs, nul plus que le médecin de l'hôpital psychiatrique n'est intéressé au but poursuivi qui est d'éviter des hospitalisations répétées.

2) Eviter la désadaptation qu'entraîne l'éloignement du malade de son milieu naturel. Il est donc nécessaire que les établissements, qu'il s'agisse de l'hôpital psychiatrique, de l'hôpital de jour ou du foyer de postcure soient facilement accessibles pour la population qu'ils desservent ».

Pour répondre à ces exigences, le territoire français a été divisé en secteurs géographiques comprenant une population d'environ 70 000 habitants chacun et sur chaque secteur a été installée une équipe de psychiatrie dotée de plusieurs moyens de prise en charge : service hospitalier, dispensaires d'hygiène mentale, hôpitaux de jour etc.

Cependant la circulaire du 15 mars 1960 n'aborde que très succinctement le problème des enfants et ne définit pas la sectorisation en psychiatrie infanto-juvénile. Il a fallu attendre les années 1970 pour que la doctrine dans ce domaine soit définie. La première mention officielle du secteur de psychiatrie infanto-juvénile se trouve dans la circulaire ministérielle (n° 99) du 4 septembre 1970. Il est défini comme devant correspondre à trois secteurs de psychiatrie adulte, proposition qui avait été faite par R. Mises et L. Bonnafe lors des journées de « L'Evolution Psychiatrique » en 1965, 1966 et 1967. C'est donc sur cette base d'un *secteur de psychiatrie infanto-juvénile pour trois de psychiatrie adulte, soit 200 000 habitants environ par secteur de psychiatrie infanto-juvénile* que la sectorisation s'est faite d'où le nom d'« Intersecteur » de psychiatrie infanto-juvénile.

Par la suite, plusieurs textes officiels ont précisé cette politique. Citons notamment :

— la circulaire ministérielle (n° 148) du 18 janvier 1971,

- arrêté ministériel du 14 mars 1972,
- la circulaire ministérielle (DGS/443/MS 1) du 16 mars 1972 qui développe très longuement les principes de base et le fonctionnement de l'intersecteur,
- la circulaire ministérielle (DGS/892/MS 1) du 9 mai 1974.

Nous avons schématisé dans le tableau VI le fonctionnement d'un intersecteur de psychiatrie d'enfants et d'adolescents. Précisons qu'il peut être créé soit à partir d'un hôpital psychiatrique départemental, soit à partir d'un hôpital général. L'hôpital passe convention avec le département de façon que les frais des activités extra-hospitalières de l'équipe d'intersecteur lui soient remboursés par le département.

La tâche de l'équipe d'intersecteur est très lourde :

1) Elle doit mettre en place des institutions qui n'existent pas dans le privé :

— Services d'hospitalisation qui doivent être de capacité réduite car il y a peu d'indication d'hospitalisation en psychiatrie infanto-juvénile. Le chiffre de 76 lits par intersecteur avancé par la Circulaire du 16 mars 1972 paraît aujourd'hui trop important. Il est essentiel que ces services d'hospitalisation soient de bonne qualité. Ils sont destinés soit à l'observation d'enfants ou d'adolescents souffrant de troubles psychiques graves, ou associés à des troubles organiques, qui nécessitent un traitement hospitalier, soit à des traitements de longue durée pour des enfants dont le comportement est trop perturbé pour permettre un maintien dans le milieu familial ou un placement dans un foyer nourricier, soit encore pour des enfants dont les familles sont trop éloignées géographiquement pour permettre des retours journaliers. Les hospitalisations doivent se concevoir comme des actes hautement thérapeutiques, ce qui nécessite un personnel abondant, bien formé et bien encadré. Il importe enfin de maintenir le contact avec les familles, soit par des entretiens individuels, soit par des réunions de parents, soit encore par des visites à domicile.

— *Les hôpitaux de jour* qui sont des institutions particulièrement adaptées aux traitements des maladies mentales graves, psychoses, prépsychoses, névroses graves. Les enfants y passent la journée mais repartent chez eux le soir, ce qui permet de maintenir leur insertion dans le milieu familial et de mener la thérapeutique en liaison étroite avec les parents. Pendant son séjour à l'hôpital de jour, l'enfant est pris en charge par un éducateur spécialisé et il peut y recevoir tous les traitements nécessaires : psychothérapie individuelle ou de groupe, rééducation orthophonique ou psychomotrice, pédagogie spécialisée grâce à la présence, dans l'équipe de l'hôpital de jour, des techniciens correspondants. L'équipe de l'hôpital de jour doit se réunir hebdomadairement pour des réunions de synthèse qui permettent de suivre l'évolution des enfants, de discuter les indications thérapeutiques etc.

D'autres institutions, en fonction des besoins locaux (Placement familial thérapeutique, Centre de soins pour adolescents etc.).

2) Elle doit assurer des consultations hospitalières et des consultations de dispensaires.

3) Elle doit veiller à ce qu'aucune catégorie de malades n'échappe aux possibilités de prise en charge et promouvoir la création d'institutions en fonction des besoins non encore couverts.

4) Elle doit assurer la liaison avec les autres services hospitaliers et notamment avec les services de pédiatrie.

5) Elle doit enfin coordonner toute l'action en hygiène mentale sur le territoire de l'intersecteur.

Dans cette tâche, les médecins-chefs d'intersecteur sont aidés par le « Conseil de santé mentale », organisme consultatif comprenant des représentants de l'administration de l'intersecteur et des associations privées. Ce conseil dont les membres sont nommés par le Préfet doit se réunir au moins une fois par an et il doit être consulté sur tous les projets concernant l'hygiène mentale du département. Il est possible de diviser le Conseil de santé mentale en sections géographiques ou en sections réservées à un aspect de l'hygiène mentale (psychiatrie générale, alcoologie, psychiatrie infanto-juvénile).

Il est aussi possible et il paraît souhaitable pour cette coordination que des conventions soient signées entre des organismes privés et l'intersecteur afin qu'un travail en commun puisse être effectué, que du personnel puisse être échangé.

II - LES INSTITUTIONS SEMI-PUBLIQUES ET PRIVEES

Elles comprennent :

1) *Des centres médico-psychopédagogiques* (C.M.P.P.) qui sont des centres de cures ambulatoires. Leurs conditions d'agrément et leur fonctionnement sont définis par le décret N° 63-146 du 18/2/63, annexe 32 du décret du 9/4/56 et par la circulaire ministérielle du 16/4/64.

Leur financement se fait sur le mode du paiement à l'acte. Les 6 premières séances sont financées par le budget départemental au titre du dépistage, les séances suivantes sont remboursées par la Sécurité Sociale, mais il reste à payer un ticket modérateur par les familles.

Théoriquement réservés aux traitements ambulatoires, les C.M.P.P. fonctionnent en fait aussi comme dispensaires primaires, c'est-à-dire qu'ils assurent le dépistage et le diagnostic. Souvent, ils ont des liens étroits avec les écoles et une part importante de leur clientèle est constituée d'enfants ayant des problèmes d'adaptation scolaire.

L'extension des C.M.P.P. est aujourd'hui très importante. Ils sont au nombre de 300 à 400, regroupés dans une association nationale des C.M.P.P.

En général, ils sont gérés par des associations à buts non lucratifs régies par la loi de 1901.

2) *Les instituts médico-éducatifs*

Ce sont des établissements à visée essentiellement pédagogique, éducative ou rééducative, s'adressant à des enfants inadaptés du fait d'un handicap sévère, en particulier d'une débilité intellectuelle qui les empêche de s'adapter à l'école, même dans les classes spécialisées. Ces instituts répondent également aux besoins de certains grands infirmes moteurs avec déficit mental associé comme certains infirmes moteurs cérébraux, d'enfants souffrant d'encéphalopathies épileptiques sévères et invalidantes etc. Ils permettent également des mesures d'assistance à de grands arriérés encéphalopathes qui, dans l'état actuel des choses, ne peuvent être ni véritablement traités ni même éduqués. On distingue :

— les externats médico-pédagogiques (E.M.P.) qui fonctionnent aux horaires scolaires. L'enfant reçoit une pédagogie adaptée à son handicap ; on lui propose des loisirs à sa portée. Enfin il bénéficie de la présence de différents spécialistes (psychiatre, pédiatre, orthophoniste, psychomotricien etc.) qui permettent un abord thérapeutique. On est amené dans de telles institutions à développer l'aspect thérapeutique de la prise en charge qui peut prendre autant d'importance que l'aspect pédagogique dans la mesure où un grave handicap ne peut manquer de retentir sérieusement sur l'équilibre affectif ;

— les internats médico-pédagogiques qui fonctionnent selon les mêmes principes mais en internats ;

— les externats ou internats médico-professionnels qui s'adressent à des adolescents de 16 à 21 ans, gravement handicapés sur le plan intellectuel et qui cherchent à leur donner dans un climat thérapeutique un apprentissage professionnel ou au moins préprofessionnel dans un but d'insertion dans la vie socio-professionnelle. Souvent instituts médico-professionnels et instituts médico-pédagogiques sont couplés dans un même établissement.

L'orientation des enfants et des adolescents vers les instituts médico-éducatifs se fait par la commission d'éducation spéciale dont nous reparlerons plus loin.

3) Les centres d'action médico-sociale précoce sont les dernières institutions en date. Ils ont été créés par le décret du 15/4/76. Ce sont des centres fonctionnant sur un budget forfaitaire et non

au prix de journée ni à l'acte. Ils sont destinés au dépistage et au traitement des handicaps sensoriels, moteurs et mentaux des enfants de 0 à 6 ans. Ils peuvent être constitués sur initiative privée ou publique sous réserve bien entendu des agréments nécessaires.

III - CLASSES ET ECOLES SPECIALISEES

L'Education Nationale a mis en place progressivement des classes et écoles spécialisées pour les enfants incapables de suivre la pédagogie des classes normales. Nous avons résumé leurs définitions dans le tableau VII.

L'orientation vers ces classes et écoles spécialisées est faite par les Commissions de circonscription des enseignements préscolaire et élémentaire (C.C.P.E.) ou par les Commissions de circonscription d'enseignement du second degré (C.C.S.D.).

IV - LES INSTITUTIONS RELEVANT DE LA JUSTICE

Les Tribunaux pour enfants disposent soit d'institutions directement gérées par les services du Ministère de la Justice, soit d'institutions gérées par des associations privées et agréées par la Justice. Nous les avons résumées dans le tableau V.

Il faut dire que ces institutions sont souvent en nombre et en qualité insuffisantes et que rien n'est prévu pour les coordonner avec les autres secteurs de l'hygiène mentale infanto-juvénile.

V - LA COMMISSION DEPARTEMENTALE D'EDUCATION SPECIALE

Elle a été créée par la Loi d'orientation en faveur des handicapés du 30 juin 1975. Son fonctionnement a été précisé par le Décret du 15 décembre 1975 et de nombreuses Circulaires Ministérielles, notamment celle du 22/4/76.

Elle est composée de 12 membres nommés par le Préfet. La moitié est proposée par la D.D.A.S.S., l'autre moitié par l'Inspection d'Académie. Les membres sont nommés pour 3 ans. Elle doit obligatoirement comporter des représentants des Caisses de Sécurité Sociale, des représentants des associations de parents, des représentants des institutions privées ou semi-publiques. Elle doit comporter au moins un médecin. Elle est présidée alternativement une année par le D.D.A.S.S., l'année suivante par l'Inspecteur d'Académie.

Ses attributions sont :

1) Attribuer une Allocation d'Education Spéciale et d'éventuels compléments qui aident les familles à faire face aux dépenses supplémentaires nécessitées par le handicap de l'enfant.

2) Orienter les enfants vers les établissements ouvrant droit à prix de journée (I.M.E., I.M.Pro.), à l'exclusion des établissements dépendants de l'Intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile, du Tribunal pour enfant et de l'Aide Sociale à l'Enfance. Elle devrait également évaluer le bien-fondé d'une prise en charge dans un C.M.P.P., au-delà des 6 premiers mois, mais cette mesure n'a pas encore été appliquée.

Nous avons résumé son fonctionnement dans le tableau VIII. Précisons qu'elle est aidée par un secrétariat qui reçoit les demandes, achemine les dossiers, rédige et adresse aux familles et aux établissements les notifications des décisions de la C.D.E.S.

Elle fonctionne en corrélation avec une ou plusieurs équipes techniques (réparties géographiquement ou selon leur compétence), qui sont chargées d'instruire les dossiers, en évitant au maximum de refaire des examens et des bilans pour les enfants et en prenant contact avec les équipes, qui les ont déjà suivis.

L'avis des familles sur l'orientation des enfants doit obligatoirement être recueilli par la C.D.E.S.

Les décisions de la C.D.E.S. sont contraignantes pour les organismes payeurs.

La loi d'orientation du 30 juin 1975, réclamée par les parents d'enfants handicapés, et la mise en place des C.D.E.S. par le Décret d'application du 15 décembre 1975, a soulevé une vive opposition de la part de nombreux psychiatres d'enfants et équipes pédagogiques et thérapeutiques, dans la mesure où elles font peser un lourd contrôle administratif sur les admissions.

BIBLIOGRAPHIE

CECCALDI (D.). — Organisation de la protection de l'enfance en France. Les structures. In *Pédiatrie Sociale*, par MANDE R., MASSE N. et MANCIAUX M., Flammarion, Paris, 1977, pp. 583-602.

HOUZEL (D.) et SOULE (M.). — L'hygiène mentale infantile. In *Pédiatrie Sociale*, par MANDE R., MASSE N. et MANCIAUX M., Flammarion, Paris, 1977, pp. 635-645.

Circulaire Ministérielle du 15 mars 1960.

Circulaire Ministérielle n° 99 du 4 septembre 1970.

Circulaire Ministérielle n° 148 du 18 janvier 1971.

Arrêté du 14 mars 1972.

Circulaire Ministérielle du 16 mars 1972.

Circulaire Ministérielle DGS 892 MS 1 du 9 mai 1974.

Circulaire Ministérielle du 16 avril 1964 (sur le financement des C.M.P.P.).

Directive générale n° 105 du 25 mai 1969 (sur le service unifié de l'enfance).

Instructions Ministérielles du 21 mars 1972 (sur le service unifié de l'enfance).

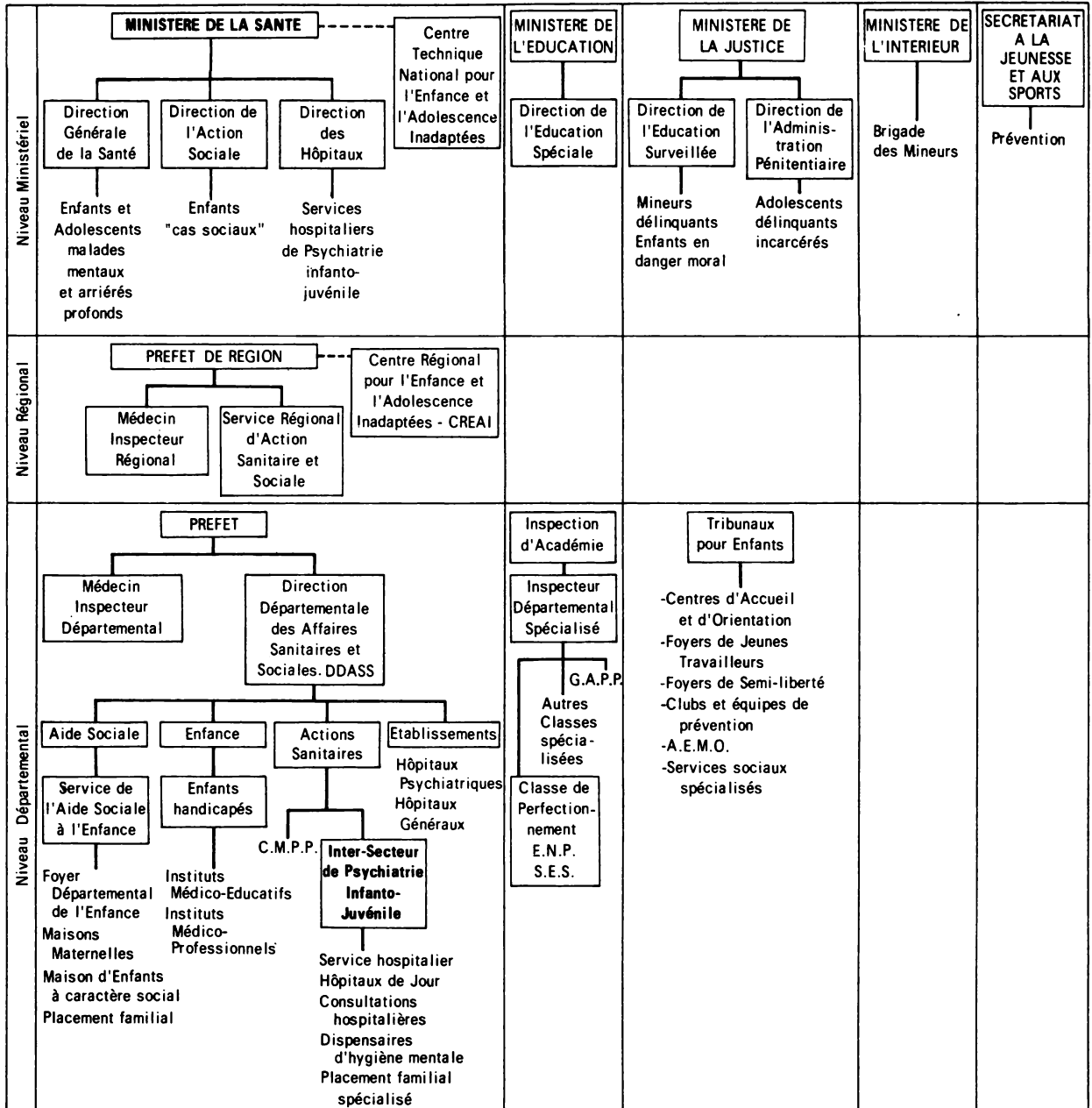
Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 (d'orientation en faveur des personnes handicapées).

Décret n° 75-1166 du 15 décembre 1975 (sur les C.D.E.S.).

Circulaire Ministérielle du 22 avril 1976 (sur les C.D.E.S.).

TABEAU V

Organisation de l'hygiène mentale infanto-juvénile.



TABEAU VI

Intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile.

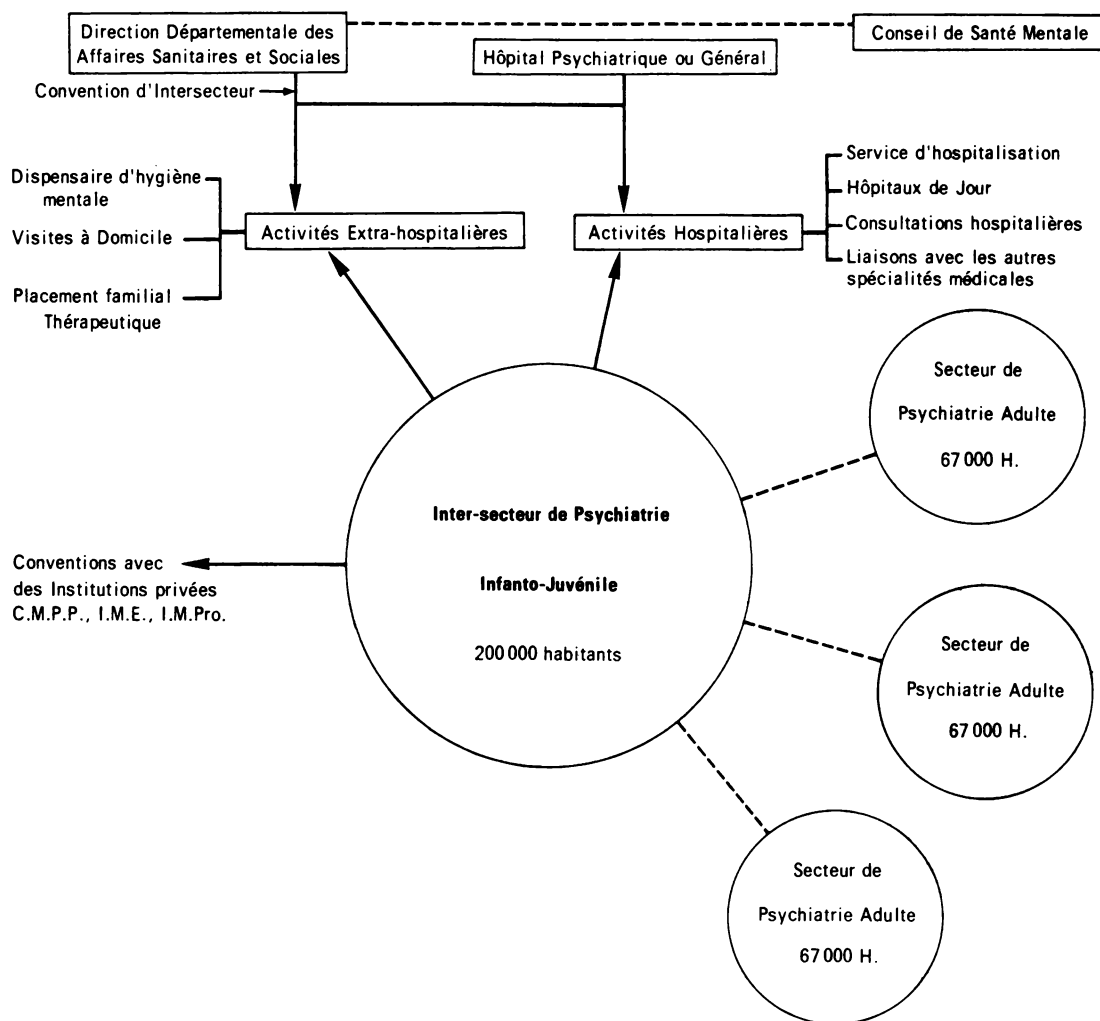


TABLEAU VII

Classes spécialisées.

	Retard de développement	Déficit intellectuel	Troubles relationnels	Handicaps physiques ou sensoriels
Ecole Maternelle	Classes d'attente Enfants de 4 à 7 ans Effectifs ≤ 15		Classes d'adaptation Collaborent avec une équipe médico-psychologique	Classes pour déficients Visuels - Effectif ≤ 12 Auditifs - Effectif ≤ 8 Moteurs
Ecole Elémentaire		Classes de perfectionnement Débiles légers (QI ≥ 65) Effectif ≤ 15 Placement de longue durée Classes d'adaptation Placement temporaire pour enfants ayant un déficit récupérable	Classes d'adaptation pour enfants ayant des troubles de la personnalité Collaborent avec une équipe Médico-psychologique Effectif ≤ 15	Classes ou Institutions spécialisées
Enseignement Secondaire		Sections d'Education Spéciales (S.E.S.) Ecoles Nationales de Perfectionnement	Classe d'adaptation Effectif ≤ 15	Classes ou Institutions spécialisées

TABEAU VIII

Commissions d'éducation spéciale.

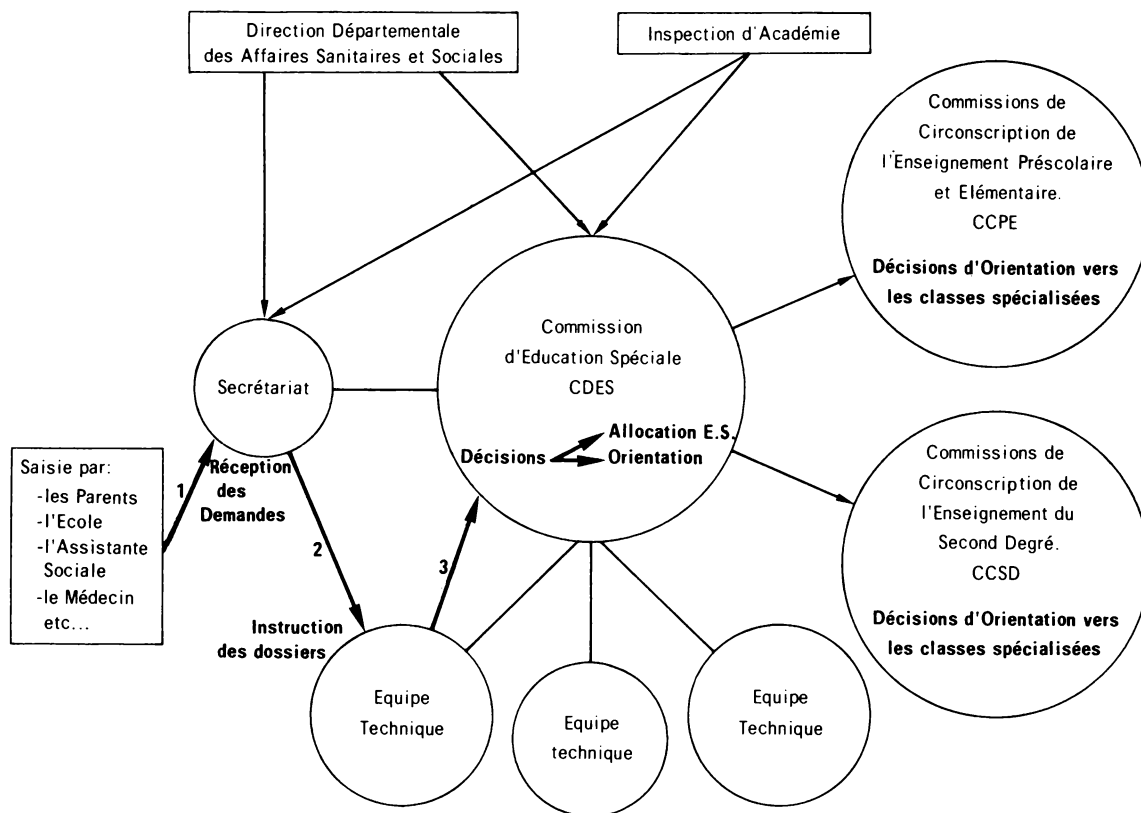


TABLE DES MATIERES

(Vol. II)

<i>Introduction</i>	5
Le plan de l'ouvrage	5
La notion de personnalité	5

LES TROUBLES DE L'ORGANISATION DE LA PERSONNALITE

Le problème du Normal et du Pathologique	9
Position générale du problème	9
Les diverses significations de « normal »	9
Quelques solutions proposées	10
Le problème du normal et du pathologique chez l'enfant	12
Problèmes nosographiques	17
Les problèmes d'une classification des troubles en psychiatrie de l'enfant	17
Trois types de réponses	17
Une classification multi-axiale donnée à titre d'exemple	19
Les variations normales du développement	23
Les troubles réactionnels - La notion de traumatisme psychique	25
Généralités	25
La notion de traumatisme	26
Les troubles réactionnels chez l'enfant	27
Exemple clinique	28
Les troubles névrotiques chez l'enfant	31
<i>Généralités sur les névroses</i>	31
Définition	31
Rappel historique	32
<i>Etude clinique des troubles névrotiques de l'enfant</i>	33
Problèmes généraux	33
Fréquence des symptômes d'aspect névrotique	33
Discontinuité entre symptômes de l'enfance et pathologie de l'adulte	34
Evaluation des symptômes	34
Etats névrotiques et névroses proprement dites	35
Mixité des troubles névrotiques de l'enfance	35
Relation avec des troubles névrotiques des parents	35
L'éclosion des névroses caractérisées	35

Les grandes lignées névrotiques	36
Névrose d'angoisse	36
Exemple clinique	38
Névrose phobique	38
Exemple clinique	39
Névrose obsessionnelle	40
Exemple clinique	42
Névrose hystérique	43
Exemple clinique	45
<i>Etude théorique</i>	46
Théorie psychanalytique	46
La théorie freudienne	46
La référence à la sexualité infantile	46
Le refoulement	46
« Défenses » névrotiques et organisations névrotiques	46
Application aux troubles névrotiques de l'enfant (A. Freud, H. Nagera, etc.)	48
Autres apports psychanalytiques (M. Klein, M. James, M. Khan)	49
L'espace de projection des névroses	50
Théorie comportementaliste	50
Troubles de la personnalité s'exprimant dans le comportement	53
<i>Troubles du caractère</i>	53
La notion de caractère	53
Généralités sur les troubles du caractère chez l'enfant	54
Aspects cliniques et psychopathologiques	55
Les manifestations cliniques	55
Le contexte psychopathologique	56
Troubles du caractère liés au développement	56
Troubles du caractère liés à une organisation psychopathologique définie de la personnalité	56
Les organisations caractérielles	57
Observation clinique d'un enfant ayant d'importants troubles du caractère	58
<i>Psychopathie</i>	59
Délimitation de la notion de psychopathie	59
Description clinique	59
Les perturbations du comportement	59
Les anomalies du caractère	60
Autres troubles psychiques	60
Problèmes psychopathologiques	61
Psychopathie et passage à l'acte	61
Psychopathie et narcissisme	61
Psychopathie et relations mère-enfant	61
Exemple clinique	62
Les organisations anaclitiques	65
Les manifestations cliniques	65
Psychopathologie	66
Observations cliniques	67

Les états psychotiques	71
<i>Introduction</i>	71
<i>Bref rappel historique</i>	71
<i>Etude clinique</i>	72
Les psychoses précoces	72
Les psychoses autistiques	72
Les psychoses symbiotiques	74
Les psychoses déficitaires	74
Autres aspects cliniques	76
Les psychoses à extériorisation tardive	77
Le problème du délire	77
Les états prépsychotiques	78
Problèmes diagnostiques	80
Exemple clinique	81
<i>Les grandes conceptions de la psychose de l'enfant</i>	82
Existe-t-il une base organique	82
Les désordres des relations entre l'enfant et son entourage	83
Les grands points de vue psychodynamiques dans la psychose	85
M. Klein et ses continuateurs	85
Le point de vue de M. Mahler	87
Le point de vue de B. Bettelheim	87
Le point de vue de D.W. Winnicott	88
L'apport de J. Lacan et de son école	89
Les théoriciens de la communication	89
<i>L'avenir d'un enfant psychotique</i>	90
Les états déficitaires	93
<i>Introduction</i>	93
<i>Généralités</i>	93
<i>Le champ psychopathologique des déficiences mentales</i>	97
Les déficiences mentales prises dans une organisation mentale fixée	97
Les déficiences dysharmoniques prises dans un processus évolutif	99
<i>Le pronostic</i>	100
Autres organisations mentales	103

LES TROUBLES PSYCHOSOMATIQUES

<i>Introduction</i>	107
Quel type de souffrance psychologique est-on amené à retrouver ?	107
Quels troubles somatiques peut-on voir ?	108
Les troubles dits « fonctionnels »	109
Les maladies dites psychosomatiques	110
Généralités	110
Les principales affections psychosomatiques de l'enfant	111
Aspects théoriques : le problème du langage du corps	112

LES TROUBLES PSYCHIQUES LIÉS A UNE ATTEINTE SOMATIQUE

Les troubles psychiques liés à une atteinte cérébrale	117
<i>Introduction</i>	117
<i>La réaction de l'enfant à l'atteinte cérébrale</i>	118
<i>La réaction de l'entourage</i>	118
<i>Les grands syndromes</i>	119
Troubles aigus	119
Troubles chroniques	119
Démences et déficits secondaires	119
Syndrome psycho-organique	120
Les séquelles des traumatismes crâniens	122
Troubles psychopathologiques des infirmités motrices cérébrales	123
Les troubles psychiques de l'épilepsie	125
<i>Définitions</i>	125
<i>Etude clinique</i>	126
Extension abusive du domaine de l'épilepsie	126
Les troubles intellectuels	127
Troubles quantitatifs	127
Troubles qualitatifs	127
Troubles de la personnalité	128
Troubles épisodiques	128
Troubles durables	128
Pathogénie	129
Y a-t-il des crises d'épilepsie psychogènes ?	130
Les troubles psychiques liés aux déficits sensoriels	133
<i>Les déficits auditifs</i>	133
Définitions et fréquence	133
Troubles du développement intellectuel et instrumental	133
Troubles affectifs et de la personnalité	134
<i>Les déficits visuels</i>	135
Définitions et fréquence	135
Troubles du développement intellectuel et instrumental	135
Troubles de la personnalité	136
Les conséquences psychopathologiques de la prématurité	139
<i>Les effets d'une naissance prématurée</i>	139
<i>Les troubles observés chez l'enfant</i>	141

Troubles précoces	141
Le syndrome tardif des anciens prématurés	141
<i>Pathogénie</i>	142
Les conséquences psychologiques des maladies somatiques	145
<i>Introduction</i>	145
<i>Les notions de maladie, d'anomalie et de handicap</i>	145
<i>Les réactions psychologiques à la maladie physique</i>	146
Les réactions de l'enfant	146
La maladie représente une double agression interne et externe	146
La confusion maladie-punition	146
Les attitudes de l'enfant face à sa maladie	147
Y a-t-il des réactions particulières en fonction de la maladie	147
Les réactions des parents	149
<i>L'hospitalisation</i>	149
<i>Les interventions chirurgicales</i>	150
<i>La maladie mortelle</i>	151

PSYCHOPATHOLOGIE SUIVANT L'ÂGE

<i>Introduction</i>	155
Le nourrisson	157
<i>Etude clinique - Généralités</i>	157
Les expressions symptomatiques	158
Les modes de fonctionnement psychique	161
L'axe étiologique	162
Les relations mère-enfant inadéquates	162
<i>Les carences affectives précoces</i>	164
Généralités	164
Les manifestations cliniques	165
Les manifestations d'une carence affective prolongée et importante	165
Les manifestations d'une carence importante liée à des séparations	166
Les carences « larvées »	167
Perspectives psychopathologiques	167
L'enfant jeune	171
Généralités	171
Les motifs de consultation	172
Répartition des diagnostics et commentaires	173
Le grand enfant	177
Généralités	177
<i>Les phobies scolaires</i>	178

<i>Les difficultés de l'apprentissage du langage écrit</i>	179
Les fautes rencontrées	180
Les corrélations observées	181
Les troubles affectifs	183
Discussion pathogénique	183
<i>Les difficultés d'apprentissage des mathématiques</i>	184
Les difficultés rencontrées	184
Les structures psychopathologiques rencontrées	185
Discussion pathogénique	186
L'adolescence et ses troubles	189
<i>Aspects psychodynamiques de l'adolescence</i>	189
La problématique du corps	190
Les transformations de la puberté et l'accession à la sexualité génitale	190
L'image du corps	190
Le remaniement de l'équilibre pulsion-défense	191
L'adolescence en tant que travail de deuil	192
Le narcissisme et l'adolescence	193
Le problème de l'identité	194
L'approche psychosociologique	194
L'approche psychanalytique	194
Conclusion	195
<i>Clinique de l'adolescence</i>	196
Les situations concrètes	197
La tendance à l'agir (colères, fugues, utilisation de drogues, vols, conduites dites perverses)	197
Les conflits avec le milieu extérieur et en particulier familial	199
Conclusion	200
Les grands problèmes cliniques	200
Les difficultés du développement	200
Les critères pronostiques	200
Trois aspects classiques de la phase juvénile	200
Le creuset du pathologique	201
Evolution des organisations psychopathologiques confirmées de l'enfance	201
Organisations infantiles stables	202
Organisations où le processus d'adolescence imprime un aspect particulier	202
Tableaux cliniques révélant une pathologie caractéristique de l'adolescence	203
L'anorexie mentale	203
La toxicomanie juvénile	204
Les états dépressifs	205
Les troubles révélant une structure pathologique de l'âge adulte	206
Etats névrotiques	206
Etats psychotiques	206
Etats limites	207

PROBLEMES PSYCHOSOCIAUX

<i>Introduction</i>	213
Les enfants « cas sociaux »	215
Définitions et chiffres	215
Les troubles psychologiques	215
Les problèmes de prise en charge	216
Abandon - adoption	219
Les modalités de l'adoption	219
Le problème de la « révélation »	220
Psychopathologie de l'enfant adopté	220
Les enfants victimes de sévices	223
Fréquence	223
Etude clinique	224
Les circonstances familiales	225
Conduite à tenir	225

LA THERAPEUTIQUE

<i>Introduction</i>	229
LES INTERVENTIONS A VISEE CURATIVE	231
La relation thérapeutique	233
Les conditions d'une relation « thérapeutique »	233
La consultation thérapeutique	234
La « relation thérapeutique » dans les rééducations	235
La « relation thérapeutique » dans les institutions	235
Les psychothérapies	239
<i>Le champ de la psychothérapie</i>	239
Le mode d'expression (la parole, le jeu, le dessin, l'improvisation dramatique, etc.) ...	239
Le mode de relation	240
La notion de transfert	240
L'aspect réparateur	241
Le mode d'intervention	241
<i>Les indications de la psychothérapie</i>	242
L'état psychologique de l'enfant	242
L'attitude des parents	243
Les possibilités pratiques de prise en charge psychothérapique	243
<i>La réalisation de la psychothérapie</i>	243
Le choix du moyen d'expression	243

Le rythme des séances	244
L'établissement et le maintien d'une « situation thérapeutique »	244
Les points de vue de A. Freud, M. Klein, D.W. Winnicott, D. Meltzer	244
Les rapports avec les parents	247
Le problème de l'association d'une autre thérapeutique	247
<i>La formation de psychothérapeute</i>	247
Les rééducations	249
<i>Caractéristiques générales</i>	249
Les objectifs	249
Les moyens	249
Les indications	250
La réalisation	251
<i>Les principales rééducations</i>	252
Les rééducations psychomotrices - La relaxation	252
Les rééducations du langage	252
Les rééducations psychopédagogiques	253
<i>La formation des rééducateurs</i>	254
Les médicaments	255
<i>Les médicaments psychotropes</i>	255
Généralités. La place des médicaments en psychiatrie de l'enfant	255
Les neuroleptiques	256
Leurs indications	256
Les tranquillisants	256
Le problème des troubles du sommeil	257
Les antidépresseurs	257
Le problème de l'énurésie	257
Les amphétaminiques	257
Les autres médicaments	257
<i>Les médicaments anti-épileptiques</i>	258
Remarques générales sur le traitement médicamenteux de l'épilepsie	258
L'action des principaux médicaments anti-épileptiques	258
L'équipe soignante	261
<i>La composition de l'équipe soignante</i>	261
<i>Les réunions de synthèse</i>	264
Leurs fonctions	264
La psychothérapie institutionnelle	267
<i>Généralités</i>	267
<i>Les maladies institutionnelles</i>	268
<i>Les moyens de la psychothérapie institutionnelle</i>	268
Conception d'ensemble de l'institution	268
Les activités	269
Les réunions	269

Le placement familial thérapeutique	271
Généralités	271
Indications du placement familial thérapeutique	271
Equipement d'un « centre de placement familial thérapeutique »	272
Fonctionnement	273
L'aide aux parents	277
<i>Justification de l'aide aux parents</i>	277
<i>Les théories de la psychopathologie familiale</i>	278
Théories étiologiques	278
Théories de la communication	280
Théories structurales	281
<i>Mode d'aide aux parents</i>	282
La « guidance parentale »	282
Les traitements individuels	282
Les groupes de parents	283
LA PREVENTION	287
<i>Définitions</i>	287
<i>Importance de la prévention en psychiatrie infanto-juvénile</i>	287
<i>Quelques données chiffrées</i>	287
<i>Principes généraux de la prévention</i>	288
<i>Les moyens de la prévention</i>	288

PROBLEMES ADMINISTRATIFS ORGANISATION DE L'HYGIENE MENTALE INFANTO-JUVENILE

<i>Généralités</i>	295
<i>L'intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile</i>	296
<i>Les institutions semi-publiques et privées</i>	298
<i>Classes et écoles spécialisées</i>	299
<i>Les institutions relevant de la justice</i>	299
<i>La commission départementale d'éducation spéciale</i>	299

SOMMAIRE DU PREMIER VOLUME

Introduction

Le champ de la psychiatrie de l'enfant. Originalité de son abord clinique et théorique.

LE DEVELOPPEMENT PSYCHOLOGIQUE DE L'ENFANT

Problèmes généraux du développement

Le développement psychomoteur

Le développement de l'intelligence

Le développement du langage

Le développement affectif

L'EXAMEN DE L'ENFANT

L'examen psychiatrique. Le jeu, le dessin

Les tests psychologiques

Examens paracliniques

ETUDE CLINIQUE - LES SYMPTOMES

Troubles psycho-moteurs, intellectuels et du langage

Introduction. Discussion de la notion de « trouble instrumental »

Les troubles psycho-moteurs

Les troubles intellectuels

Les troubles de la parole et du langage

Troubles à expression somatique

Introduction. Discussion de la notion de « trouble fonctionnel »

Les troubles oro-alimentaires

Les troubles cardio-respiratoires

Les troubles sphinctériens

Les troubles du sommeil

Troubles du comportement

Les principaux troubles du comportement chez l'enfant

Conduites délinquantes

Conduites suicidaires de l'enfant et de l'adolescent

Manifestations intra-psychiques

Introduction

Anxiété et angoisse

Les peurs et phobies

Les manifestations obsessionnelles

L'inhibition

La dépression

L'excitation

Normandie Impression S.A., ZAT du Londeau, 61000 ALENÇON

Dépôt légal : mai 1987 - N° d'impression 870682

Cet ouvrage cherche à répondre à la demande de nombreux médecins, psychiatres et psychologues en formation, travailleurs sociaux, éducateurs spécialisés et infirmiers, rééducateurs, enseignants, désireux de voir réunis en un manuel les éléments de base de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent nécessaires à leur pratique.

En effet, c'est en référence permanente à cette perspective clinique mais aussi aux indispensables fondements théoriques qui l'orientent, que les auteurs ont rédigé ces deux volumes. Y sont abordés les grands points de vue actuels sur le développement psychologique de l'enfant, les modalités de son examen, les difficultés psychologiques et les troubles qui peuvent marquer son évolution. Une grande part est consacrée à l'abord des différentes interventions thérapeutiques, l'ouvrage se terminant par l'étude des problèmes administratifs et généraux. Des observations cliniques viennent fréquemment illustrer l'exposé des problèmes.

Les exigences propres au « fait psychiatrique », à sa dimension relationnelle notamment, ont conduit les auteurs à rédiger cet ouvrage dans un esprit, qui tout en essayant d'être clair et précis, s'efforce de ne pas tomber dans la schématisation et de stimuler le lecteur dans sa réflexion personnelle.

Ph. MAZET et D. HOUZEL sont tous les deux Maîtres de conférences Agrégés de l'Université, l'un à Paris (Université Paris VI), l'autre à Brest.